Anul V. No. 1—3. 40 Lei exemplarul. Ian.—Martie 1938.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I., Dr. Udvarnoky E.
Secretar de redacţie: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Către cetitori . . . . . Pag. 3
Dr. Preda şi Dr. Sumea: Contribuţiuni la studiul disimulării „ 4
Dr. Liviu Ursu: Noţiuni noi, privind pathogenia şi terapeutica febrei palustre . . „ 14
Dr. Pompiliu Nistor: Vaccinările cu anatoxină mixtă, difterică şi scarlatinoasă, în comunele rurale ale judeţului Braşov. în 1937 . . . . „ 21
Dr. D. Roşca şi Dr. Teleman: Consideraţiuni asupra unui caz de lepră . . . . . „ 24
Dr. Virgil Stanciu: Factorii principali care contribue la rezultatul unui pneumotorace terapeutic . . . . . „ 29
Dr. M. Teleman: Modificările lichidului cephalo-rachidian în diferite stări patologice ale meningelor . . . . . „ 33
Dr. H. Sarafidi: Enesol-lul şi femeile sifilitice însărcinate „ 41

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I Stoichiţia: Migraţiunea medicilor funcţionari . . . Pag. 48
Docent Dr. Liviu Câmpeanu: Noui orientări în organizarea spitalelor . . . . . „ 52
Dr. Miron Creţu: Importanţa fondurilor locale sanitare şi de ocrotire . . . . . „ 59
Dr. Nicolae Tompa: Ancheta sanitară din comuna Teliu . „ 61
Revista cărţilor . . . . . „ 73
1 Revista Română de Urologie.
2. *Dr. I. Prodescu:* Paludism, complicaţii organice, tratament.
Note de terapeutică . . . „ 74
Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 79
Comunicări, dispoziţiuni şi diferite ordine dela Ministerul sau Comitetul Executiv al Colegiilor medicale „ 81
Note şi informaţiuni . . . „ 86

Temagin La dureri şi febră

21593

Un nou compus injectabil sulfolodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Toate algiile reumatismale

Toate sindromele dureroase

NAIODINE

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Algii rebele — Nevraxite şi urmările lor

Acţiune curativă fără reacţiuni. — Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul **J. LOGEAIS,** Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de primul rang, conţinând Fe-Mn-P-şi As în forma cea mai activă. Prin formarea ferului şi manganului redus în statu nascendi, adecă în starea cea mai resorbabilă şi asimilabilă, de o toleranţă stomaco-intestinală perfectă.

Preţul: 1 fl. de 250 gr. cu şi fără arsen Lei 98·—.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice şi urmările lor.

Mai e indicat: la boale nervoase, în neurastenie, în astenie şi surmenaj general, în convalescenţă, în tbc. generală şi pulmonară, în diatezele exudative, în rachitism, în boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei, în eczemele cronice.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriţe.

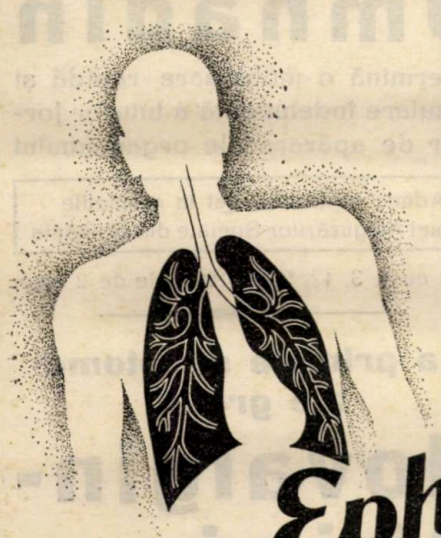
Desfacerea produsului:

Laboratorul de Produse Farmaceutice **O. Alesi,** Sebeş-Alba

Anul V. Nr. 1—3. 40 Lei exemplarul. Ianuarie—Martie 1938

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI ORGANIZARE SANITARĂ



Astm bronșic
și alte maladii alergice
(urticarie, exantem seric etc.)
Bronșită, hipotensiune
Tablete — Perle — Fiole — Substanță

Ephetonină-substanță pentru prescripțiuni in rețeptură se găsește și la Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: **Dr. I. BINDER**
București II.
Str. Luigi Cazzavillan 34

Ephetonin Merck

SIBIU, 1938
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ“

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Omnadin

Determină o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de apărare ale organismului

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

La primele simptome ale gripei

Novalgin-Chinin

Cupează boala.
Inlătură durerile.
Scoboară temperatura.

Tuburi cu 10 şi 20 drageuri.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Cincizeci de ani
1888 BAYER *1938*
MEDICAMENTE

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 3-722.

Către

Cetitorii şi abonaţii Revistei.

Revista „Sibiul Medical" intră în al 5-lea an de apariţie.

Comitetul de direcţie al Revistei şi-a făcut pe deplin datoria îngrijindu-se de apariţia ei regulată şi de un conţinut bogat şi cât mai interesant. In acelaş timp Comitetul de direcţie a trebuit să asigure fondurile necesare pentru acoperirea numeroaselor cheltueli de tipar şi expediţie, depunând, adeseori, cele mai mari eforturi pentru a putea face faţă tuturor cerinţelor. In aceasta muncă Comitetul de direcţie a fost ajutat cu multă bunăvoinţă şi deosebită atenţiune de către Dl Dr. losif Matinca, secretarul de redacţie al Revistei; de Domnul Droghist Ionel Baciu care s'a ocupat de publicitatea Revistei şi de D-şoara Revizoare de ocrotire M. Manta care s'a îngrijit de administraţia Revistei. Tuturor le exprimăm cele mai sincere mulţumiri pentru activitatea prodigioasă depusă în interesul Revistei şi al corpului medical.

Intrând în al 5-lea an de apariţie, facem un călduros apel către toţi colegii şi binevoitorii noştri rugându-i să ne sprijinească cât mai intensiv în acţiunea noastră. Rugăm pe iluştrii noştri maeştri de clinică dela Facultăţile de Medicină din ţară să ne onoreze cu preţioasa lor colaborare; acelaş apel îl adresăm medicilor noştri specialişti dela Instituţiile şi Serviciile sanitare din cuprinsul Regiunei noastre.

„Sibiul Medical" îşi va păstra conduita de până acum, fiind un organ independent şi o tribună liberă pentru toate

problemele de medicină, de organizare sanitară, de ocrotire şi pentru probleme profesionale.

Fiind avizaţi la mijloacele noastre proprii şi nebeficiind de niciun fel de subvenţie din partea nici unei autorităţi sau instituţii, apelăm la spiritul de înţelegere al tuturor confraţilor şi-i rugăm stăruitor să îşi achite în mod regulat taxa de abonament care este minimală.

„Sibiul Medical".

Contribuţiuni la studiul disimulării.

De

Dr. Preda, insp. gen. sanitar. şi **Dr. Sumea,** medic secundar.

Problema evidenţierii disimulării în psihiatrie şi medicina legală este un capitol foarte important şi mult discutat, deoarece înainte de a da un diagnostic, prima întrebare care trebue să şi-o pună medicul este: 1. Simptomele ce prezintă pacientul sunt reale? şi a doua 2. Este cu adevărat sănătos, cum pare la prima vedere?

In celelalte ramuri ale medicinei, în faţa unui bolnav, medicul se întreabă dacă este o pneumonie sau pleurezie, cu un cuvânt caută să stabilească de ce maladie sufere, pe când un psihopat trebue de cele mai multe ori ţinut ca suspect de simulare sau disimulare.

Disimularea este socotită ca o sugestie negativă, inhibitivă, în contrast cu simularea care este o sugestie pozitivă.

Spencer a emis părerea că o mărturisire a adevărului absolut nu există, chiar acei cari cred că sunt absolut sinceri, în fiecare zi sunt vinovaţi de depăşirea adevărului în plus sau în minus. Exagerarea este aproape universală.

Din punct de vedere al psihologiei medicale, această exagerare este socotită de Dupré ca o varietate de desechilibru psihic, caracterizată prin tendinţa de a altera adevărul prin minciună, prin fabulaţie şi denegare. Trebue totuşi avut în vedere că există persoane adulte, cari nu prezintă nici un fel de tulburări psihice şi totuşi mint

Sunt oameni de talent, cari caută să altereze adevărul, din dorinţa de a inventa, după cum spune Goethe. Cei mai mulţi oameni din această categorie sunt dacă nu ambiţioşi, totuşi în aşa fel talentaţi, încât ţin să joace un rol însemnat, ca să-şi marcheze persoana lor, să se distingă de majoritate. Dacă nu reuşesc în vieaţa de toate zilele, caută să se convingă pe ei şi pe alţii, prin povestiri cu caracter epic, că totuşi păstrează o poziţie proeminentă şi neagă sau trec sub tăcere situaţiile ce au fost în desavantajul lor.

Ceea ce diferenţiază pe aceşti indivizi patoformici, de povestitori obişnuiţi, este faptul că ei exagerează sau mai bine zis mint, fără să-şi dea seama că adevărul poate fi descoperit cât de curând sau imediat, iar dacă sunt contrazişi dau explicaţii naive.

Minciuna patofonică joacă un rol foarte important în operile criminaliste. Atât simularea, cât şi disimularea sunt frecvente la criminali. După Lombrozo 42% dintre criminalii mari persistă în denegare.

In minciună se găsesc şi motive inconştiente, al căror grad de participare este determinat de intensitatea represiunii din motive etice, sociale, estetice şi utilitare.

După Ferreri, la copii minciuna este instinctivă, ei simulează sau disimulează din cauza slăbiciunii, desconcentrării, imitării, geloziei, invidiei şi din răzbunare.

Brill susţine că în evoluţia copilului, în care vedem diferite stadii din evoluţia omului, se observă o înclinare spre înşelăciune, spre simulare şi disimulare. Tendinţa copiilor de a minţi şi înşela se datoreşte faptului că puterea lor de inhibiţie nu este încă destul de desvoltată. Cu timpul copilul învaţă să se reţină şi să prevadă, nu mai spune tot ce gândeşte, ţine cont de repercusiunile vorbei sale asupra auditorului.

Prin educaţie subordonează, convenienţelor sociale, orice tendinţă de satisfacere, de apetit etc., de asemenea cu timpul vieaţa socială restrânge expunerea de emoţie şi chiar emoţia şi se desvoltă prudenţa şi controlul.

Lombrozo a susţinut că aşa numiţi „morel insanity" nu sunt decât o continuare a copilăriei, fără influenţa educaţiei.

Sunt împrejurări în vieaţa individului, care-l forţează să mintă, în acest caz minciuna este un mecanism de apărare, ajută individul să scape din situaţii neplăcute. Aceasta este „minciuna albă".

Gross susţine că există în expunerea unei minciuni ca şi în alte multe expresiuni umane, un stadiu de trecere, când starea normală este trecută şi cea patologică încă nu a început.

In domeniul patologic, simularea este apanajul istericiior, cari de cele mai multe ori fac o imitaţie inconştientă, nu imitaţie deliberată ca în adevărata simulare. Puterea de frenaţie la această contribuţie mitomaniacă, este foarte redusă, din aspectul negativ inhibitor al voinţei este foarte scăzut (Ribot).

Orice situaţie percepută conţine în virtutea tendinţelor instinctive sau obişnuite o solicitare la acţiune care devine efectivă când tendinţa este în faza de activitate. Prima manifestare a voinţei este inhibiţia exersată asupra acestei activităţi spontane.

Oprirea poate fi numai provizorie, atât de scurtă încât poate este imperceptibilă din afară, ea deschide fără îndoială o posibilitate de discuţie, de control, care poate face ca un act să apară ca util sau vătămător, eficace sau inutil.

Capacitatea de frenaţie este incontestabil, rezultatul educaţiei.

Stăpânirea de sine se observă şi în stăpânirea afectelor, mâniei, expresiilor, ideilor.

Această stăpânire obişnuită, fiziologică, este căutată în unele profesiuni care cer o stăpânire deosebită, de exemplu în spionaj, unde capacitatea de a stăpâni o mişcare produsă de o stare afectivă, merge aşa de departe că uneori prin voinţă se exteriorizează o mimică contrară.

Inhibiţia este un component temperamental de natură ereditară şi după Mc. Dongall se pare că ea este determinată de influenţa cortexului asupra centrilor nervoşi inferiori. De asemenea s'a observat că inhibiţia creşte cu înaintarea în vârstă.

Când situaţia din mediul înconjurător nu este în conformitate cu conţinutul psihic, se produce o inhibiţie psihică puternică, ceea ce face pe individ să nu răspundă provocărilor, să fie rezervat, să-şi ascundă preocupările să le disimuleze, cu alte cuvinte. Disimularea denotă deci o activitate de tensiune şi de stăpânire de sine. Disimularea este destul de grea, cei mai mulţi oameni nu sunt în stare de a se stăpâni şi să-şi înlocuiască gândurile şi expresiile adevărate, prin altele voite şi să dea impresia unei dispoziţiuni indiferente.

In mecanismul intim al disimulării se pune greutatea pe voinţă. Această voinţă este însă pusă în mişcare printr'un imbold interior, un dinamism intern instinctiv. Acest fapt ne îndreptăţeşte a arăta importanţa sentimentului şi a folosi judecăţii, ca două motoare determinatoare a disimulării. Primul întâlnit adeseori şi sub diferite aspecte de indivizi normali, iar al doilea frecvent în domeniul psihopatologiei.

Sentimentul vanităţii are o valoare deosebită în determinarea disimulării, individul căutând să-şi ascundă defectele pentru a arăta mai mult decât este valoarea sa reală, apoi în al doilea rând venind orgoliul, acel sentiment prin care individul se apreciază la o valoare nereală.

Când un individ orgolios, cu judecata falsă, îmbătat de o încredere fără margini în pretinsa şi propria sa superioritate, reclamă, satisfacţia şi se loveşte de rezistenţele oamenilor, care nu vor să se supună cerinţelor lui, el devine neliniştit, îi suspectează şi-şi măreşte neîncrederea în ei. Această neîncredere îl conduce spre o

disimulare. In domeniul patologic disimularea se găseşte la două categorii bine distincte, un grup format de pacienţii cu simţul de control personal normal, exemplu epilepticii şi al doilea format de pacienţii fără control personal integral exemplu paranoicii — ambele categorii având însă acelaş scop, de a lăsa o impresie bună, că sunt sănătoşi, că sunt normali.

Un epileptic este conştient de maladia sa şi de desavantajile ce le produce boala lui în societate, însă disimulează afecţiunea, fie din amor propriu, fie de teama să nu-şi peardă serviciul.

Un melancolic îşi disimulează simptomele patologice momentane cu scopul de a scăpa de supraveghere şi să-şi satisfacă tendinţa de sinucidere, ce rezultă din delirul de autoacuzare.

Halucinatorul are aceeaş tendinţă de disimulare când vrea să plece din spital.

Paranoicul deşi nu se crede bolnav, totuşi îşi dă seama că unele concepţiuni ale lui pot părea extraordinare şi pot lăsa impresia că este bolnav.

Evită să vorbească de preocupările lui, chiar când este interogat, arată să-şi exteriorizeze gândul din neîncredere şi suspicione.

Disimulantul paranoic afectează un comportament normal şi se forţează să joace rolul unui om de spirit. Tocmai în disimulare constă dificultatea de a cunoaşte caracterul bolnavilor paranoici. Disimularea la începutul bolii nu este o purtare raţională şi conştientă de scop, ci este o rezervă instinctivă, după cum simularea histericilor este instinctivă.

Ceea ce este mai important şi interesează, este siguranţa publică, pentrucă cea mai periculoasă disimulare este ascunderea planurilor de răzbunare faţă de persoane cu care bolnavul a avut conflict.

Pentru punerea în evidenţă a disimulării în mod absolut obiectiv şi într'un timp relativ scurt, psihologia experimentală ne oferă actualmente metoda testelor.

Metoda deducţiei interpretative în baza observaţiei, cere un timp foarte lung şi deşi nu necesită nici un instrumentar, nu se poate aplica cu folos decât dacă se aplică anumite reguli.

In primul rând se cere integritatea psihică şi fizică a observatorului şi să fie absolut obiectiv. In al doilea rând notările trebuesc făcute imediat, pe fidelitatea memoriei neputându-se baza nimeni, iar după Symonds observaţia cere să ne aşteptăm la obiectul pe care-l studiem.

Observarea nu-i uşoară, căci nu este o simplă privire, ci o urmărire atentă a bolnavului cu scopul de a prinde şi fixa cât mai just preocupările lui, iar evaluarea trebue făcută ştiinţific şi fără subiectivism.

Avantajul că prin această metodă se studiază individul în mediul lui real, nu în cel de laborator, este compensat în bună parte la metoda testelor prin faptul că toţi indivizii sunt examinaţi în aceleaşi condiţii.

Examinând un pacient prin metoda testelor, funcţiunile psihice pe cari experienţa psihologilor şi psihiatrilor le dăm ca date indispensabile unui caracter psihic disimulator, vom putea cunoaşte într'un timp relativ scurt, cu mai multă uşurinţă şi fără subiectivitate, în ce raport se găseşte pacientul dat, faţă de un individ normal.

Examinând mai multe categorii de pacienţi din Spitalul de boli mintale din Sibiu, în laboratorul de psihologie experimentală, am aflat trei cazuri la cari disimularea era destul de remarcabilă.

In primul rând am căutat să stabilim gradul psihopatic cu ajutorul chestionarului I. E. (instabilitate emotivă) Cluj, şi am constatat că în cele trei cazuri am obţinut un număr variabil de puncte, repartizându-se în felul următor:

Cazul I. Pacienta N. F. 16 puncte, centilul 75—80, deci în quartilul superior.

Cazul II. Pacienta P. E. 19 puncte, centilul 70.

Cazul III. „ N. M. 90 puncte, centilul 0—5.

Din această examinare deducem că două bolnave îşi disimulează orice manifestare a boalei şi numai una are caractere net psihopatice.

Odată stabilit caracterul psihopat, am procedat la cunoaşterea tendinţei psihopatice predominante, calculând fiecare tendinţă psihopatică în parte, din acelaş chestionar şi am constatat că din cele trei cazuri nici unul nu prezintă paranoidismul drept caracter dominant.

Explicaţia acestor rezultate stă tocmai în nesinceritatea răspunsurilor date la chestionar, cu alte cuvinte în tendinţa de a-şi disimula caracterele patologice.

Cazul I. a prezentat următorul rezultat:

Excitaţia:	6 puncte	= 0,428	procente
Depresiunea:	2 „	= 0,250	„
Neurastenie:	2 „	= 0,095	„
Psihastenie:	2 „	= 0,076	„
Isteroidă:	1 punct	= 0,076	„

Paranoidă:	1 punct	= 0,062	procente
Schizoidă:	1 „	= 0,045	„
Hiperemotivă:	1 „	= 0,043	„

Cazul II. E. P.

Neurastenie:	2 puncte	= 0,238	procente
Isteroidă:	2 „	= 0,153	„
Perversă:	2 „	= 0,153	„
Excitaţie:	2 „	= 0,142	„
Schizoidă:	3 „	= 0,136	„
Hiperemotivă:	3 „	= 0,130	„
Psihastenie:	2 „	= 0,076	„
Paranoidă:	1 punct	= 0,062	„

Cazul III. M. N.

Ciclotdism:	18 puncte	= 1,384	procente
Isteroidă:	13 „	= 1,000	„
Neurastenie:	15 „	= 0,742	„
Hiperemotivă:	14 „	= 0,609	„
Schizoidă:	13 „	= 0,590	„
Paranoidă:	9 „	= 0,562	„
Perversă:	6 „	= 0,461	„
Depresiune:	3 „	= 0,375	„
Psihastenie:	10 „	= 0,384	„
Excitaţie:	5 „	= 0,357	„

Din expunere am văzut părerea diferitor autori, care toţi susţin că pentru ca cineva să poată fi un dismulant, se cere în primul rând, să aibă şi un grad de inteligenţă destul de ridicat.

In acest scop, am aplicat testele de performanţă Pinter Patterson şi am constatat că din punct de vedere intelectual, toate cazurile au o vârstă mintală normală.

Cazul I. vârsta mintală 13 ani, 10 luni, coeficientul intelectual: 98.

Cazul II. v. m. 13 ani, C. I. 92.

Cazul III. v. m. 13 ani, 2 luni, C. I. 94.

Am determinat apoi puterea de inhibiţie a bolnavelor şi am obţinut următoarele rezultate:

Cazul I. 60 secunde.

Cazul II. 56 „

Cazul III. 48 „

Din aceste rezultate se vede destul de clar că au o putere de stăpânire şi frenaţie.

Aceste puncte odată stabilite, am căutat să stabilesc care e obiectul dismulării cazurilor studiate.

Am stabilit în primul rând principalele instincte şi interese pentru a face o primă investigaţie în domeniul subconştientului pacientelor şi a primi o indicaţie în ce direcţie să putem completa cuvintele-stimule din metoda asociaţiei de cuvinte, care de fapt este baza evidenţierii, ce anume preocupări se disimulează.

Instinctele au fost următoarele:

Cazul I. M. F.

Supunere . . .	80 centil.	Gregar	40—50 centil.
Curiozitate . . .	70 „	Afirmare proprie .	50 „
Defensiv	60—70 „	Achizitiv	30—40 „
Combativ	50 „	Nutriţia	30 „
Repulsiv	60 „	Sexual	10 „
Dinamic	60 „	Parental	10 „

Cazul II.

Sexual	60 centil.	Dinamic	10—20 centil.
Repulsiv	60 „	Nutriţia	10 „
Achizativ	40—50 „	Supunerea . . .	10 „
Defensiv	40 „	Curiozitatea . . .	10 „
Gregar	30 „	Paternal	0—10 „
Afirmare proprie .	25 „	Combativ . . .	10 „

Cazul III.

Sexual	90—100 centil.	Supunere . . .	50 centil.
Achizitiv . . .	90—100 „	Curiozitatea . . .	40+ „
Afirmare proprie	75— 80 „	Gregar	30 „
Nutriţia	80 „	Combativ . . .	25—30 „
Dinamic	75 „	Defensiv	10—20 „
Repulsiv	70 „		

Pentru asociaţia de cuvinte am utilizat metoda descrisă de D-nii Dr. Preda, Dr. Stoenescu şi Cupcea în Buletinul Nr. 1, din anul 1935; şi am constatat că timpul de asociaţie, care la normal este de 2.22 secunde până la 3.39 sec., la cazurile noastre a variat între 4.34 şi 4.95, deci după cercetările autorilor amintiţi, cazurile examinate fac parte din grupul delirantilor.

Socotind complexele după Symonds, avem următoarele semne indicatoare: timpul de reacţiune prelungit; lipsa de răspuns; timp de reacţiune extrem de scurt; repetarea cuvântului stimul; neînţelegerea aparentă a cuvântului stimul; diferenţe de reacţiune la repetarea experienţei; răspuns cu acelaş cuvânt-reacţiune la două sau mai multe cuvinte stimul; reacţiuni stranii, în aparenţă fără sens; perseverarea aceleeaşi idei în mai multe răspunsuri.

Din toate aceste semne, am luat în considerare mai ales timpul de reacţiune deoarece poate fi măsurat cantitativ şi exprimat numeric.

Cazul I.

Intuneric	: lipsă de răspuns	: 16".45
Dorinţă	: n'am nici una	: 15".6
Păcat	: amar	: 16".1
Supărare	: tristeţe	: 12".28
Duşman	: păzeşte	: 9".69
Familie	: familie	: 10".64
Rugăciune	: Tatăl Nostru	: 2".20
Prigoană	: războiu	: 1".75
Singurătate	: displăcută	: 1".41

Prin ierarhia instinctelor dar mai ales prin metoda timpului de asociaţie, am aflat că toate cuvintele cu timp de asociaţie prelungit sau neobişnuit de scurt, cu alte cuvinte cele ce denotă „puncte iritative din psihicul bolnavului" — ne conduc într'un domeniu mistic-religios şi trădează un delir mistic-religios şi idei de persecuţie din partea familiei.

Cazul II. E. P.

Bănuială	: bănuială	: 9".15
Femeie	: femeie	: 6".90
Căsătorie	: căsătorie	: 5".49
Păcat	: păcat	: 5".91
Rugăciune	: mă rog	: 5".53
Moarte	: moarte	: 5".70
Boală	: boală	: 4".70
Otravă	: otrăvit	: 6".43

Deşi vedem din rezultatele expuse o stereotipie în răspunsuri şi o lipsă de sistematizare în timpul cum asociază cuvintele, totuşi se pot deduce anumite preocupări din domeniul mistic şi sexual.

Cazul III.

Ruşine	: faptă	: 12".39
Rugăciune	: lipsă de răspuns	: 16".36
Obiceiu	: „ „	: 13".55
Persecuţie	: mojicie	: 7".25
Căsătorie	: calvar	: 10".38
Copil	: slăbiciune	: 12".81
Scrisoare	: veşti	: 9".01
Dragoste	: iubire	: 2".50
Noroc	: imposibil	: 7".55

Bărbat	: om	: 5".12
Inalt	: imposibil	: 9".17
Otravă	: neplăcut	: 8".80
Nervos	: trăire	: 7".70
Dorinţă	: imposibil	: 7".4

Reiese destul de evident tendinţele erotico-mistice ale bolnavei, precum şi anumite idei de grandoare şi persecuţie.

Aceste rezultate obţinute în laborator, coincid cu cele clinice obţinute în urma observaţiilor îndelungate şi au putut fi puse în evidenţă într'un timp relativ scurt, cu toate tendinţele subiecţilor, de a-şi ascunde pe cât le-a fost posibil, preocupările.

Bibliografie.

1. Bumke: Psychiatrie, Berlin.
2. Dimolescu A.: Psihozele emotive.
3. Dimolescu Alfred: Constituţie. Temperament. Caracter.
4. Fribourg-Blanc: Dissimulation voluntaire deh troubles psichiques, Revue Médicale Française, 1931.
5. Ştefănescu-Goangă, Roşca, Cupcea: Instabilitatea emotivă, Cluj.
6. Healy, William: Pathological Lying. Boston: Little, Brown 1915.
7. James, W.: Précis de psichologie.
8. Genil-Perrin: Les paranoïaques.
9. P. Guillaume: Psychologie.
10. Levy-Valensi: Psychiatrie.
11. Larson A. John: Lying and ist detection, Chicago.
12. Roşca, Alexandru: Psihologia martorului, Cluj.
13. Dr. Preda, Stoenescu, Cupcea: Timpul de asociaţie la bolnavii mintali, Buletin I, 1935.
14. Tudoran Dimitrie: Psihologia temperamentului.

Noţiuni noi, privind pathogenia şi therapeutica febrei palustre.

De Medic Maior **Dr. Liviu Ursu,**
şeful serv. medical din Spitalul militar, Sibiu.

Paludismul este boala, care provoacă cea mai mare morbilitate şi mortalitate pe tot globul pământesc — 800 milioane îmbolnăviri şi 3 milioane morţi pe an — fiind cauzat de evoluţia în organismul uman al hematozoarului descoperit de Laveran în 1880.

Paraziţul paludismului este un protozoar, care trăieşte şi se înmulţeşte în interiorul globulelor roşii. Reproducerea se face prin simplă diviziune a elementelor asexuate — schizogonie — şi prin reuniunea elementelor sexuate — sporogonie. Prima are loc numai în corpul uman, secundă numai în pereţii stomacului ţânţarului anopheles.

Prin înţepătura unui anophel infectat cu hemoatozoar, se inoculează în derm „sporrozoiţi".

Imediat după inocularea acestuia îşi schimbă aspectul morphologic, dispărând foarte repede din locul unde au fost inoculaţi. Timp de câteva zile nu ştim pe unde se găsesc şi ce formă îmbracă; (în această perioadă de 3—4 zile, vorbim de „forma X" a plasmodiului) şi nici un medicament dintre cele întrebuinţate astăzi nu este în stare să-l distrugă, — exceptând plasmochina (praequine) însă în doze toxice pentru organism.

Prin ziua 4-a dela inoculare, apare în interiorul globulelor roşi sub formă de „schizonţi" — forme foarte sensibile la acţiunea qininei şi aproape insensibili faţă de praeqinină.

Schizonţii, în interiorul erytrocitelor se desvoltă luând forme de „merozoiţi" (corps en rosace) cari se devid în celule fice, inundând sângele din circulaţia periferică.

In acest moment, apare o febră de intensitate mijlocie mai mult sau mai puţin continuă, cu o durată de câteva zile, — până când schizonţii s'au înmulţit suficient, pentru ca prin plesnirea simultană

a tuturor erytrocitelor parazitate, liberarea bruscă în plasma sanquină a substanţelor albuminoide de produse de dezintegrarea erytrocitelor şi a schizonţilor — corpi coloizi heterogeni — provoacă un fenomen de şoc, accesul paludic. Ciclu complet a schizogoniei se repotă de acuma regulat tot la 2 zile pentru Plasmodium-Vivax care provoacă febra terţă benignă, tot la 3 zile pentru P. malariei parazitul febrei quarte şi neregulat aproape zilnic cu P. falci-parum parazitul febrei estivo-automnală malignă. Urmărind evoluţia unui protozoar oarecare — hematozoar — constatăm că:

După un oarecare număr de diviziuni asexuate puterea de reproducere scade şi apar forme sexuate a căror împreunare permit din nou o reproducţie asexuată. Dacă însă în momentul când reproducţia asexuată tinde să slăbească, hematozoarul (sau orice alt protozoar) este transplantat pe un mediu nou, activitatea schizogonică este redeşteptată, acelaş fapt îl constatăm şi în paludism. Caracteristica biologică a primelor accese paludice este că parazitul se desvoltă pe un mediu nou pentru el după o evoluţie sexuată. Această dublă acţiune face ca parazitul să câştige o mare vitalitate — potenţial schizogonic. Ciclul schizogoniei se repetă mereu şi accesele se produc regulat şi cu violenţă, parazitul găsindu-se aproape exclusiv în sângele circulant. Aceasta este perioada septicemică sau parazitemică a boalei — paludism de inoculare.

Incetul cu încetul facultatea schizonogică se epuizează.

Această diminuare a potenţialului schizogonic a hematozoarului se manifestă prin operaţia elementelor sexuate (macro şi microgameti). In acelaş timp melanina rezultată din desasimilara paraziţilor şi eritrocitelor, provoacă o iritare a sistemului reticuloendothelial ce are ca rezultat o monocitoză, care provoacă o imunizare nespecifică a organismului faţă de hematozoar. Accesele diminuă ca violenţă şi se distanţează, apoi între parazit a cărui potenţial schizogonic este slab şi între organism a cărui rezistenţă faţă de parazit a crescut, se stabileşte un echilibru.

In acest moment intrăm în perioada rechutelor — paludism de rechută — paraziţii se refugiază în capilarele viscerale profunde de unde nu mai rareori evadează în sângele periferic datorită unui factor susceptibil de a diminua imunitatea (traumatism, frig oboseală, boală intercurentă) şi a mări potenţialul schizogonic a parazitului pentru a provoca din nou câteva accese de o violenţă mult diminuată şi neregulată.

Imunizarea nu are rol primordial decât la indivizii cari au suferit în cursul anilor mai multe infecţii paludice şi cari ajung cu

timpul de obicei după 6 ani să fie complet refractori faţă de o nouă infecţie. Din contră, diminuarea potenţialului schizogonic joacă rolul principal în dispoziţia spontană a acceselor paludice. Malariologii, sunt de acord, că hematozoarul nu rămâne în organism mai mult de 2 ani, chiar la bolnavi netrataţi. Dacă se produce o nouă supra-infecţie, plasmodiul nou inoculat se desvoltă foarte repede, potenţialul său schizogonic ridicat, îi permite această reproducere activă e un teren unde plasmodium precedent nu se mai putea reproduce. Imunizarea datorită paludismului precedent abia va putea să scurteze cu câteva accese evoluţia acestui nou paludism. La vechii paludici paraziţii găsesc condiţii de desvoltare nefavorabile, din această cauză formele sexuate predomină. Din cauza aceasta gameţii au fost consideraţi până de curând ca forme de rezistenţă a parazitului şi cauzatori de rechute. Astăzi se ştie că nici odată un gamet, nu se poate transforma în schizont; reproducţia lor prin uniunea elementelor mascule şi femele neputându-se face decât în pereţii stomacului unui anofel. Gameţii, nu joacă nici un rol în determinarea rechutelor, ei au însă o importanţă considerabilă în profilaxia colectivă.

Consideraţiunile precedente, au o importanţă capitală pentru conduita tratamentului paludismului. Hematozoarul este cu atât mai sensibil faţă de acţiunea medicamentelor, cu cât potenţialul schizogonic este mai ridicat; aceasta de altfel este în concordanţă cu o lege generală care se poate formula altfel: o celulă cu cât se reproduce mai uşor cu atât este mai fragilă.

In paludismul de inoculare accesele palustre prin violenţa lor şi numărul lor cer un tratament energic şi imediat. In acest stadiu parazitul având un potenţial schizogonic ridicat este foarte sensibil la tratament. Din contră în paludismul de rechută fenomenele clinice sunt mult mai puţin alarmante, iar parazitul cu un potenţial schizogonic scăzut este mult mai rezistent la tratament.

Tratamentul paludismului se poate împărţi în 3 stadii:

I. Stadiul simptomatic — prin chininizare.

II. Stadiul etiologic — când se urmărea distrugerea electivă a fiecărei forme parazitare cu un medicament apropiat, din grupa sinteticelor (atebrin, plasmochin, etc.).

III. Stadiul biologic — care nu vizează atâta viaţa parazitului cât funcţiunea sa de reproducere, nu se preocupă decât în mod secundar de forma şi varietatea parazitului.

Medicamentele antipaludice acţionează asupra schizonţilor în următoarele feluri:

1. Acţiunea schizonticidă — distrugerea parazitului;

2. Acţiunea antischizogonică — distrugerea numai a funcţiunei de reproducere fără a omorî parazitul;

3. Acţiunea disgonică — împiedecarea atât a evoluţiei schizogonice cât şi a transformărilor schizonţilor în gamet, imobilizând parazitul într'o vieaţă vegetativă. Acţiunea disgonică suspendă evoluţia parazitului atât asexuată cât şi sexuată pentru un timp limitat fără a suprima definitiv. Din contră acţiunea antischizogonică distruge definitiv funcţiunea de reproducere asexuată.

Acţiunea principalelor medicamente curative în paludism:

1. Chinina (cel mai vechiu) are o acţiune puternică distructivă asupra schizonţilor — acţiunea schinzonticidă. Din contră asupra funcţiunei de reproducere asexuate are o acţiune foarte slabă — acţiunea antischizogonică. Deoarece rareori reuşim ca prin chinină să distrugem toţi schizonţii, rezultă că rechutele sunt foarte frequente după un tratament numai cu chinină.

Chinina rămâne deci un medicament remarcabil în tratamentul accesului paludic însă mai mult simptomatic decât curativ.

Chinina este mai activă în injecţii intramusculare sau intravenoase decât pe cale bucală. Pentru a mări activitatea chininei s'a încercat următoarele combinaţii: chinio-stovarsol considerată de unii ca foarte activă asupra schizonţilor de P., vivaxs si malariae, mai ales în cazurile complicate cu o splenomegalie. Asociată cu resorcină efectul este mult mărit şi astfel printr'o posologie inferioară permite evitarea tulburărilor provocate de dozele mari de chinină (vâjeituri de urechi etc.);

2. Atebrin chinacrin (derivat al acridinei) posedă o acţiune schizonticidă tot atât de puternică ca şi a chininei însă mai lentă. Acţiunea antischizogonică este mult mai mare decât a chininei din această cauză rechutele sunt mult mai rari. Atebrina are o toxicitate foarte slabă fiind mai bine suportată decât chinina. Se administrează cu acelaş rezultat şi pe cale bucală ca şi prin injecţii.

Fiind un colorant galben, pielea se colorează puţin mai ales la indivizii anemici. Contrar chininei, atebrina niciodată nu dă accese de febră biliosă hemoglobinurică;

3. Pasmochyin sau praequin şi Rodochin (ambele derivate ale chinoleinei) mult mai toxice decât produsele precedente, însă în doze mult mai mici. Plasmochina are o toxicitate mare faţă de eritrocite dând methemoglobină şi cianoză) iar Rodochina toxică pentru celulele nervoase (verti şi tulburări de tip cerebelar).

Aceste două medicamente asociate sub numele de Rodoprechin au activitate superioară şi o toxicitate inferioară faţă de acţiunea fiecăruia în parte. Posologia acestor produse astăzi e bine precizată. Acţiunea Rodoprechinei este slab schizonticidă şi foarte puternic antischizogonică fiind medicamentul principal în tratamentul rechutelor. Acţiunea acestor medicamente asupra formelor asexuate — gameţi — este următoarea:

1. Chinina posedă o activitate slabă asupra gameţilor de P Vivax şi malarie şi nulă faţă de gameţii P. falciparium;

3. Atebrina posedă o activitate puţin mai mare ca chinina asupra gameţilor de P. V. M. şi minimă asupra gameţilor de P. F.;

3. Rodoprechin extrem de activă asupra tuturor gameţilor inclusiv P. F.

Rodoprechina este foarte importantă în profilaxia colectivă ca fără să omoare gameţii să-i facă incapabili de a se fecunda în interiorul anofelului şi permite astfel întreruperea ciclului paraziţar-anofelian.

Medicamentele antipaludice vor fi administrate de preferinţă pe cale bucală, în timpul meselor de mai multeori pe zi. Dacă administrăm Chinacrină (atebrin) sau Premalin (o asociaţie de 10 părţi Chinacrin şi 1 de Rodoprechin), bolnavul trebue să mânânce în acelaş timp o cantitate considerabilă de făinoase.

Tratamentul tip a paludismului de inoculaţie.

Chiniceste paludismul de inoculaţie, se caracterizează prin: frison, febră, transpiraţie, ce se succed la intervale regulate, prezenţa a numeroşi schizonţi, cu sângele periferic şi absenţa gameţilor în cursul primelor accese, splenomegalie minimă şi dureroasă. In cursul reinfestaţilor şi suprainfestaţilor, aspectul parazitologic şi splenic poate să fie mixt, însă aspectul clinic rămâne acelaş.

Ca medicamente vom da: chinacrină timp de 5 zile câte 0,10 de 3 ori pe zi. Rodoprechin timp de 3 zile. Dacă acest tratament se aplică dela început e suficient o singură cură. In cazul însă când acest tratament se aplică după ce bolnavul a avut mai multe accese, această primă cură va fi repetată după o pauză de 15 zile.

Tratamentul tip a paludismului de rechută.

Paludismul de rechută se caracterizează prin accese atipice adeseori mascate, neregulate ca ritm şi intensitate.

Accesele sunt puţin numeroase şi adesea chiar izolate. In aceste cazuri vom prescrie;

Premalina de 3 ori pe zi la câte 2 zile interval (o zi da, 2 nu) apoi odată pe săptămână timp de o lună şi apoi de 2 ori pe lună timp de 2 luni.

Paludism sever.

In aceste cazuri trebue să distrugem maximum de schizonţi în minimum de timp. Vom prescrie tratamentul tip al paludismului de inoculare şi în plus în primele 2 zile vom injecta intramuscular câte 1,50 grame de Formiat de chinină. In cazurile de paludism comatos vom administra chinina jumătate pe cale intravenoasă jumătate pe cale intramusculară.

In paludismul cu intoleranţă digestivă vom administra injecţii de Atebrin. La copiii mici vom înlocui comprimatele de Atebrină cu Fannat de Chinarină în şocolată.

Medicamentele sintetice, neavând nici o acţiune asupra uterului pot fi întrebuinţate şi la femeile gravide.

In febra biliară hemoglobinurică vom evita chinina care chiar în doze mici poate provoca o nouă criză gravă, vom da numai Chinacrină (atebrin).

Rechute cu accese numeroase.

La vechii paludici, un paludism nou poate să reaprindă un paludism anterior, dând accese numeroase. In aceste cazuri vom preceda astfel:

Ziua I. V. Premalin.

Ziua II. III. IV. Chinacrin.

Tratamentul va fi apoi continuat ca în paludismul de rechute

Protecţia individuală.

In regiunile foarte inpaludate, protecţia contra paludismului se va face prin Atebrină — trei comprimate pe zi tot la 5 zile, odată pe lună Atebrina este înlocuită cu Premalină. Această profilaxie poate fi continuată luni întregi, fără nici un inconvenient. In regiunile mai puţin inpaludate acelaş profilaxie cu un ritm săptămânal. In regiunile slab impaludate riscurile fiind foarte mici este inutil de a urma tratamentul profilactic.

Chimioprofilaxia colectivă.

Chimioprofilaxia prin medicamente sintetice împiedecă evoluţia asexuată a schizonţilor în organism şi transformarea lor în gameţi (acţiune disgonică).

In acelaş timp face sterilă împreunarea elementelor, sexuate (acţiune antisporonică), tăind ciclul epidemic — om bolnav anofel — om sănătos.

O singură doză medicamentoasă săptămânală apoi la 10 zile şi mai târziu bimensuală, ajunge pentru a tăia repede o epidemie de febră palustră.

Bibliografie.

Benhamou: La traitament du paludism aigu; La Pressé Medicall Nr. 56/1936.

Radorlacevici Comiderations sur la pathologie humorale du paludisme; La Pressé Medicalé Nr. 436.

Decourt La Maladie palustre dans ses raports avec la Therapeutiqe. La Pressé Medicalé Nr. 21—37.

Decourt La Chinio — therapie du paludism — Paris Medical Nr. 50—937.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

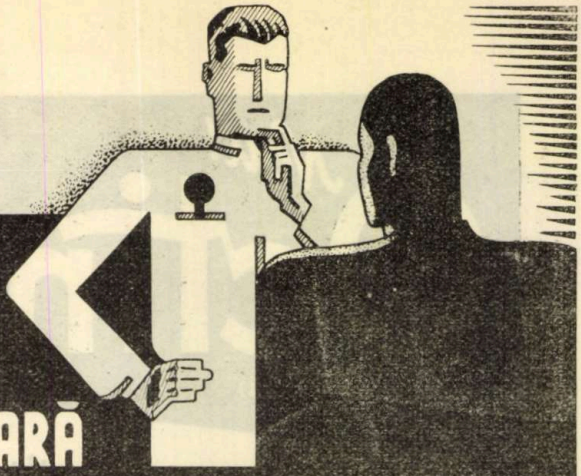
Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.
Produse chimico-farmaceutice
str. Atena 29, Bucureşti III

„CHINOIN"

Singurul preparat chimioterapeutic în toate cazurile de

TUBERCULOZĂ EXTRAPULMONARĂ



Rubrophen

INJECȚIUNI · DRAGEURI · POMADĂ

EXCLUSIVITATEA: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI I. STR. SFT. CONSTANTIN Nº4

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon · PARIS (8e)

INJECȚII ÎNTRAVENOASE

Vaccinările cu anatoxină mixtă, difterică și scarlatinoasă, în comunele rurale ale județului Brașov, în 1937.

De **Dr. Pompiliu Nistor,**
medic primar județean.

Vaccinările din 1937 sunt continuarea vaccinărilor din 1935 și 1936. Despre aceste vaccinări ne referim la rapoartele noastre anterioare.[1])

In rezumat vom aminti, că în 1935 s'au vaccinat 21.310 copii din 25.024 catagrafiați, dintre copiii în etate de 1—10 ani.

In 1936 s'au vaccinat 7530 copii din 10.061 conscriși, tot între 1—10 ani, între cari figurează și cei rămași nevaccinați sau incomplet vaccinați în 1935 și cei născuți în 1935, inclusiv luna Iulie.

In 1936 în Octomvrie s'au făcut și probe de reacții Dick și Schik la cei vaccinați mixt, complet cu toate 3 dozele, în 1935, al căror rezultat s'a publicat.[2])

In 1937 am publicat și o dare de seamă de rezultatul epidemiologic al vaccinărilor, trimis ca comunicare la Congresul de boale contagioase dela Chișinău 1937.[3])

Vaccinările din 1937 au decurs astfel:

1. S'au înscris din nou pentru vaccinări toți copiii născuți între VIII. 1935 și 1 Aprilie 1936, adecă cei ce au împlinit etatea de un an și mai mult; aceștia au fost în număr de 1873.

La aceștia s'au adaus 2200 copii rămași nevaccinați din anii anteriori și 2392 de copii vaccinați incomplet în anii anteriori, cari au fost chemați la repetirea vaccinărilor.

De asemenea s'au înscris pentru o singură doză de rappel (a 1 cm. cub.) toți copiii vaccinați complet în 1935, în sumă de 18.440 și netrecuți de 10 ani inclusiv.

In total au fost chemați la vaccinări 6465 de copii și la revaccinări 18440 copii.

Vaccinările au fost peste tot mixte cu anatoxină difterică și scarlatinoasă, având aprobarea Ministerului și avizul favorabil al Institutului de Igienă Cluj.

---

[1]) Sibiul Medical 1—3/1936: Vaccinările din 1935 cu anatoxină difterică și scarlatinoasă în comunele rurale ale județului Brașov.

[2]) Buletinul Eugenic și Biopolitic Cluj, Nr. 1—3/1937: Proba Dick și Schik la vaccinații cu anatoxină în jud. Brașov.

[3]) Sibiul Medical Nr. 8—10/1937: Raport de rezultatele epidemiologice după vaccinările cu anatoxină dift. + scarl. în jud. Brașov, în 1935—37.

2. Vaccinările au început în Aprilie şi s'au isprăvit în Iulie—August. Vaccinările s'au făcut la toţi copiii, fără proba prealabilă de reacţie Dick sau Schik

Metoda de vaccinare a fost tot cea anterioară şi prescrisă de instrucţii.

Complicaţii şi accidente nu ni s'au semnalat.

Vaccinările s'au făcut în toate cele 47 comune ale judeţului.

3. Rezultatul numeric al vaccinărilor a fost:

Din cei 6465 de nevaccinaţi şi incomplet vaccinaţi, au fost vaccinaţi 4621 inşi, din cari au primit:

toate 3 dozele 2707 numai doza I. şi II. 1559 numai doza I. 355

Din cei 18.440 înscrişi pentru revaccinare, s'au prezentat şi au fost vaccinaţi 12.780.

Nu s'au făcut revaccinări în circ. Feldioara, Satulung şi Prejmer, unde se vor face în 1938, deodată cu ale celor vaccinaţi în 1936; iar în circumscripţia Turcheş revaccinările s'au făcut în 1936, precum şi în parte şi în Sita Buzăului.

4. La ceice nu au fost vaccinări, cauza a fost:

a) Nu au fost găsiţi, fiind mutaţi sau neidentificaţi, sau morţi 976

b) Au fost amânaţi sau scutiţi de vaccinare pentru diferite boli 139

c) S'au sustras dela vaccinări 956

Din acest total de sustraşi partea cea mai mare revine circumscripţiilor Ţânţari 448, Intorsura Buzăului 75, Moeciu 286, Tărlungeni 40 şi Teliu 39. Din aceştia Intorsura, Moeciul şi Teliu au oarecum scuza că sunt circumscripţii de munte, cu satele şi cătunele resfirate; la celelalte circ. nu există această scuză, ci cauza este indolenţa locuitorilor, sprijinul insuficient al primăriilor şi şcoalelor şi insuficienta tenacitate şi energie a medicilor.

In aceleaşi circumscripţii s'a făcut cele mai puţine vaccinări complete.

Pentru păstrarea autorităţii serviciilor, punerea în practică a obligativităţii vaccinărilor şi pentru a nu se compromite campaniile viitoare, au fost amendaţi în cursul acestui an 132 de părinţi, reprezentând circa 400 de copii. Amendările vor continua.

Acolo unde amendările s'au făcut deja în 1935, în acest an am avut numai puţine absenţe; ceea ce dovedeşte că amendările duc la scopul pedagogic ţintit de disciplinare.

5. Anexat dăm un tablou al vaccinărilor pe circumscripţii, cu menţionarea şi a numărului comunelor şi a locuitorilor din fiecare circumscripţie.

TABLOU

de situaţia numerică a vaccinărilor cu anatoxină difterică şi scarlatinoasă în comunele rurale ale judeţului Braşov, executate între 1 Aprilie şi 30 August 1937.

Circumscripţia	Populaţia la 1. I. 1937.	Numărul comunelor	Inscrişi la vaccinat				Vaccinaţi				Nevaccinaţi			Revaccinare de rappel		OBSERVĂRI
			Născuţi VIII. 1935—III. 1936	rămaşi din anul trecut: nevaccinaţi	rămaşi din anul trecut: vaccinaţi incomplet	Total de vaccinat	Cu toate 3 dozele	Numai cu doza I+II.	Numai cu doza I.	Total vaccinaţi	Neidentificaţi, plecaţi, morţi	Amânaţi, scutiţi	Sustraşi dela vaccinare	Inscrişi vaccinaţi complet 1935	Revaccinaţi	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Bod	5346	2	76	73	20	169	116	10	12	138	14	10	7	904	769	
Bran	7263	4	44	70	—	114	52	—	—	52	60	2	—	1501	1455	com. resfir. de munte
Codlea	8641	3	64	41	64	169	104	46	—	150	13	6	—	1728	1370	
Feldioara	7533	4	125	8	7	140	119	13	1	133	5	—	2	865	—	
Int. Buzău	6156	2	129	159	640	928	354	398	31	783	75	5	75	1200	870	comune resfirate în cătune
Moeciu	7095	6	68	553	—	621	86	140	13	239	77	9	286	1280	1144	idem vaccin. inc., sunt trec. la cei 553
Prejmer	8452	2	179	20	74	273	208	40	6	254	32	7	—	1446	28	
Satulung	6042	1	101	102	215	418	228	169	3	400	7	4	7	503	—	
Râşnov	13056	4	275	46	134	455	231	95	57	383	120	20	17	1867	1782	
Sita Buzău	6252	2	218	92	309	619	202	268	37	507	74	22	26	750	679	comune resf. de munte
Ţânţari	8683	4	128	340	502	970	114	236	159	509	95	36	448	1060	1019	
Tărlungeni	8543	4	114	461	31	606	282	33	5	320	246	—	40	1450	1393	
Teliu	6235	3	108	150	151	409	193	78	27	298	71	1	39	794	759	comune resf. de văi
Turcheş	7871	3	34	—	251	265	239	24	—	263	—	2	—	1501	—	
Zărneşti	10072	3	210	85	14	309	179	9	4	192	87	15	9	1591	1512	
Total:	116150	47	1873	2200	2392	6465	2707	1559	355	4621	976	139	956	18440	12780	

Consideraţiuni asupra unui caz de lepră.

De

Medic Primar **Dr. D. Roşca** şi Medic Bacteriolog **Dr. Teleman.**

In cursul lunei Septemvrie anul 1937 a fost adus în laboratorul nostru de către Dr. Vilt tânărul St. D., ca fiind suspect de lepră şi în consecinţă să verificăm diagnosticul bacteriologic.

Făcându-se un frotiu direct din secreţia nazală şi colorându-se prin metoda Ziel-Nielsen se constată prezenţa unor bacili acido-alcoolo rezistenţi. Am prescris bolnavului ca să ia timp de trei zile câte patru grame lodură de potasiu pe zi, după care ne-am transportat la domiciliul său în comuna Câineni-Vâlcea pentru a verifica diagnosticul bacteriologic şi a face un examem clinic complet, precum şi o anchetă pentru a stabili sursa infecţiei.

Făcând o anchetă printre membrii familiei şi alte persoane din sat am aflat că bunicul după mamă al copilului a suferit de lepră din care cauză a şi murit în 1912.

Antecedente Heredo-colaterale. Părinţii bolnavului trăiesc şi examinându-i n'am constatat nici o leziune suspectă de lepră. Bolnavul are 2 fraţi mai mari şi 4 mai mici, cari sunt toţi sănătoşi, după declaraţia părinţilor. Cel mai mic dintre copii, e în vârstă de un an, normal desvoltat.

Antecedente personale. La 5 ani a suferit de o afecţiune de păr în urma căreia i-a rămas pete de alopecie. La 6 ani fiind muşcat de un câine turbat i se face un tratament antirabic la Institutul antirabic din Bucureşti.

Până la vârsta de 12 ani nu părăseşte comuna. Mai târziu a plecat cu intermitenţă la Sibiu şi Râmnicul Vâlcea pentru a învăţa croitoria. Din informaţiile culese am constatat că în nici unul din aceste oraşe nu a existat nici un caz de lepră.

Istoric. Din primăvara anului 1936 suferind de corize repetate şi consultând un medic, este sfătuit a se opera de polipi, intervenţie la care nu se supune. Accesele de coriză se repetă şi vara, iar înspre Crăciun în acelaş an, observă o uşoară anestezie termo-analgezică pe marginea cubitală a antebraţului drept. La scurt timp după aceasta,

apare o erupţie papuloasă pe antebraţe la început, apoi pe părţile laterale ale coapselor şi apoi şi pe faţă. In vara anului 1937 a început să se tumefieze dosul ambelor mâini. In tot acest timp n'a simţit decât o uşoară astenie, n'a avut febră nici mâncărimi.

Stare prezentă. Bolnavul în vârstă de 17 ani, de constituţie medie cu tegumentele şi mucoasele palide, cu ţesutul celulo adipos şi muscular slab desvoltat, afebril, apetitul păstrat, acuză o stare de astenie uşoară.

Faţa de culoare teroasă, fără expresie cu riduri accentuate ale frunţii cu eruptiuni papuloase asimetrice. Buza superioară tumefiată. Respiraţia pe gură. La examenul nasului se găseşte o tumefiere a mucoasei, o ulceraţie pe mucoasa septului nasal, cu o abundentă secreţie sero sanguinolentă. Voce nazonală şi răguşită. Antitragusul urechilor tumefiat de culoare cianotică. Pe trunchi nici o erupţie.

Tegumentele antebraţelor pigmentate. La cot se simte nervul cubital rulând sub deget. Dosul mâinilor îngroşate. La examenul sensibilităţii cutanate se constată o termo-analgezie în domeniul cubitalului la ambele mâini. Acelaşi lucru se constată la nivelul papulelor.

Pulmon, cord, ficat, aparat digestiv, rinichi, nu se constată nimic anormal. Splină percutabilă pe trei laturi de degete.

Examenul bacteriologic. Frotiu din secreţia nazală după provocarea corizei cu lodur de potasiu şi din leproame după raclare. Coloraţia Ziehl-Nielsen. Se constată prezenţa unor bacili acido-alcoolo rezistenţi, foarte numeroşi în secreţia nazală, frecvenţi în tuberculi. Bacilii au o aşezare caracteristică în grămezi şi sunt intracelulari. Prin coloraţia Baumgarten se diferenţiază de bacilul Koch.

Sero-reacţia Bordet-Wassermann este intens pozitivă.

Leucograma: granulocite neutrofile 63%
„ bazofile . 1%
„ acidofile . 5%
Monocite mari . . . 14%
Limfocite 15%
Forme de trecere . . 1%
„ anormale . . 1%

eritrocite = 3.230.000 la mmc., leucocite = 7.200 la mmc.

In urma rezultatului examenului clinic şi a rezultatelor de laborator reese că ne aflăm în faţa unui caz de lepră confirmată, forma mixtă. In consecinţă s'a anunţat Inspectoratul General Sanitar Craiova, pentru a dispune internarea bolnavului la leprozerie şi luarea celorlalte măsuri de rigoare în asemenea cazuri.

Consideraţiuni generale:

Lepra este o boală infecţioasă de alură cronică, evoluând prin pusseuri, cu manifestaţii diverse, dar mai frecvente mucoase şi cutanate şi este datorită unui baccil specific, baccilul lui Hansen, descoperit la 1871.

Este o boală cunoscută din vechea antiqitate în Orient. In Europa îşi face apariţia odată cu Cruciadele când se înmulţeşte considerabil şi numai datorită măsurilor severe de izolare s'au putut stânge focarele epidemice, fără a se putea stârpi total, astfel încât şi azi găsim încă în Europa cazuri sporadice, iar în unele regiuni mici focare endemice de lepră (Memel).

Raritatea la noi în ţară a acestei afecţiuni, dar totuşi existenţa ei face ca studiul leprei să fie totdeauna de actualitate şi ne impune cunoaşterea ei din punct de vedere clinic, evolutiv şi profilactic.

In etiologia leprei găsim ca agent patogen bacilul lui Hansen, de forma unor bastonaşe, cu corp vacuolar, aparţinând grupei bacililor acido rezistenţi. Ei se găsesc în secreţiuni sau în ţesuturi în număr mare şi îngrămădiţi în celule.

Boala nu este hereditară şi contagiozitatea ei este sigură, însă modul de contaminare nu este bine definit. Contaminarea directă este confirmată (Arning), iar transmisiunea ei prin o gazdă intermediară nu este exclusă deşi până în prezent nu s'a putut dovedi, totuşi Shuzo Asami examinând muştele din o leprozerie constată că 24—28% dintre ele conţin bacilii leprei. Muştele nutrite cu B. leprei din noduli leproşi excretă timp de 72 de ore aceşti bacili, cari nici nu se înmulţesc, dar nici nu mor în muşte.

Perioada de incubaţie variabilă, astfel Tisseuil dă ca minimum de timp 3 luni, iar Hallopeau citează un caz unde incubaţia a durat 32 de ani.

In cazul nostru nu putem preciza timpul de incubaţie, însă pare sigur că între prezentul lepros şi bunicul său decedat de aceeaşi boală, să fi existat o altă persoană în anturajul familiei, care să fi suferit şi ea de lepră şi dela care să se fi contaminat bolnavul nostru, sau că admitem ceea ce este mai puţin probabil, că bacilul leprei să fi trăit în stare de virulenţă dela moartea leprosului de mai sus până s'a contaminat bolnavul nostru.

In general lepra afectează una din formele clinice descrise mai jos şi asupra cărora nu vom insista fiind în deobşte cunoscute, astfel avem: forma tuberculoasă sau tuberoasă caracterizată prin tuberculi leproşi sau leproame, situaţi simetric sau asimetric pe te-

gumente şi mucoase şi cari prin evoluţia lor lentă pot produce desfigurări ale feţei sau ale altor regiuni.

Forma nervoasă a leprei sau lepra anestezică debută aproape totdeauna prin macule des simetrice şi însoţite de tulburări de pigmentaţie, căreia îi urmează aproape constant nevrita leproasă. Anestezia poate fi şi totală însă mai frecvent este disociată şi de tip siringomyelic. La început are o topografie de tip radicular şi apoi devine segmentară, după care nici tulburările teofice nu întârzie să apară.

Forma mixtă este în realitate o intricaţie a formelor descrise mai sus şi poate să apară deodată, prin succesiune sau prin alternanţă chiar.

Diagnosticul leprei este uşor în cazurile cu simptomatologie bogată şi în ţările unde această boală este frecventă şi din contră foarte greu în ţările unde este rară şi ne găsim în faţa unui caz monosimptomatic sau la debutul afecţiunei. Ea poate simula aproape toate dermatozele de cari o vom deosebi prin faptul existenţei anesteziei la nivelul petelor hypercromice sau acromice precum şi prin existenţa hipertrofiei nervului cubital în gutiera olecraniană. Tulburările de sensibilitate în diferite cazuri ne îngreunează diagnosticul diferenţial cu syringomielia şi cu maladia lui Morvan.

In precizarea diagnosticului examenul secţiunilor histologice din noduli ne dau indicaţiuni preţioase, iar examenul bacteriologic prin punerea în evidenţă a bacilului Hansen ne tranşează definitiv diagnosticul. Pereira făcând reacţia de deviere a complementului în serul leproşilor cu antigen Witebsky-Kligenstein a obţinut rezultate pozitive 100% în lepra cutanată şi 80% în cea nervoasă, iar Benetazzo făcând reacţia Bordet-Wassermann în diluţii progresive atât în serul sifiliticilor cât şi al leproşilor a ajuns la concluzia că serul leproşilor este mult mai bogat în anticorpi întru cât reacţia se menţine pozitivă şi după diluţia serului 1/5000, până când în sifilis devine negativă la diluţia 1/80. El susţine că acest fapt se datoreşte proporţiei mari de globuline ce se găsesc în serul sanguin al leproşilor, iar precipitând globulinele prin acid clorhidric a pus în evidenţă raportul intim dintre ele şi anticorpi.

Făcând diluţii mari în serul bolnavului nostru sero-reacţia se menţine pozitivă.

Manila făcând un studiu asupra relaţiunilor dintre prezenţa b. Hansen şi ciclul histologic al leziunilor leproase a ajuns la următoarele concluziuni în privinţa evoluţiei leziunilor cutanate:

1. o infiltraţie celulară perivasculară (Maculă) bacteriologic negativă;

2. reacţie tuberculoidă tot negativă;
3. tuberculi fibroşi cu prezenţa bacililor Hansen (rari);
4. leprom tipic bogat în bacili Hansen.

Ciclul evolutiv al b. leprei, după cum reiese de mai sus, are o etapă virulentă, microscopic invizibilă (faza perivasculară şi formarea lepridei) cu apariţia mai târziu a celulelor gigante. Granulele acido-rezistente apar în acelaşi timp când începe reacţia tissulară fibroasă. Pe măsură ce fibroza progresează se văd apărând bacili difteroizi acido-rezistenţi şi apoi b. leprei tipic.

Din acestea constatări Manolang conchide că, reacţiunile tissulare sunt în raport invers cu numărul germenilor vizibili şi că numai virusul ne acido-rezistent este atât de puternic în virulenţă.

Ca tratament încă nici în prezent nu posedăm un medicament specific şi suntem tot în faza încercărilor, obţinând vindecări în faza primă a boalei care des e nediagnosticată, ameliorări în faza a doua. Medicamentele mai des întrebuinţate în prezent sunt preparatele din cholmoogra şi Montel susţine că a obţinut rezultate bune prin injecţiuni intravenoase de albastru de metylen 1%.

Profilaxia leprei constă în izolarea bolnavilor în leprozerie, măsură pe care am luat-o şi noi faţă de bolnavul nostru şi desinfecţia lucrurilor cu care bolnavul ajunge în contact. Izolarea imediată a copiilor născuţi din părinţi leproşi, căci copii lăsaţi în jurul mamei leproase se contaminează în număr mare.

Bibliografie.

Darier: Precis de dermatologie.
Couvelaire, Lemierre, Lenormant: P. M. C. Tome V.
Bul. Soc. de Path. Exotique. an. 1934 p. p. 215, 220, 706, 915. 1935 p. p. 66. 1936 p. p. 469, 745.
La Presse Medicale No. 29/1932 şi No. 93/1935.
An. de Derm. et Syph. p. 177/1931.
Rev. Arg. de Dermatosifilologia 1935.

Spitalul Public Sibiu. Serviciul de Boli Pulmonare.
Medic Primar Dr. C. Manta.

Factorii principali cari contribue la rezultatul unui pneumotorace terapeutic.

De **Dr. Virgil Stanciu.**

In tratamentul tuberculozei pulmonare, indiscutabil că locul de frunte îl ocupă metoda pneumotoracică descoperită de *Forlanini.*

Astăzi clinicienii sunt unanimi în a susţine că această metodă cu observarea anumitor regule şi condiţii ne dă cele mai bune rezultate în terapia tuberculozei pulmonare.

Asupra rezultatelor tardive, în pneumotoracele terapeutic diferiţi autori dau un procent de vindecare foarte variabil, unii optimişti ajung până la un procent de 75 la sută. Alţii mai pesimişti abia dau o vindecare de 10 la sută, iar alţii neagă complet orice acţiune terapeutică a pneumotoracelui.

Fără îndoială că pneumotoracele nu poate vindeca pe toţi tuberculoşii şi de aceea rezultatul va depinde în mare parte de indicaţiile pe care le punem şi de alţi factori expuşi în decursul articolului de faţă.

In primul rând pentru reuşita terapeutică a unui pneumotorace, înţelegând un rezultat tardiv bun, sunt condiţii şi indicaţii de observat, atât din partea medicului curant, cât şi din partea bolnavului.

Inainte de toate şansele de succes al unui pneumotorax depinde de starea pulmonară a bolnavului. Astăzi nu se mai admite părerea că această metodă să se aplice numai cazurilor grave. Din contră cu excepţia cazurilor unde avem hemoptizii puternice şi unde aceasta metodă trebue aplicată urgent, noi vom recurge la această metodă pentruca să fie eficace în mod cât se poate de *precoce* (oricare ar fi forma leziunilor). Dacă se observă acest lucru în instituirea pneumotoracelui, rezultatele vor fi cu mult mai bune decât prin cura sanatorială simplă.

După *Cedric-Schaw*, în cura sanatorială fără pneumotorace procentul celor morţi e mult mai ridicat, 19 la sută faţă de 0.93 la sută, cât e mortalitatea în cura sanatorială cu pneumotorace.

Se va avea în vedere în al doilea rând *forma leziunilor*. Nu în orice formă de tuberculoză pulmonară, prin aplicarea tratamentului pneumotoracic, vom avea acelaş rezultat.

Ţinând cont de acest lucru, după *Leon Bernard*, vom avea ca indicaţie pentru pneumotorax următoarea ordine:

1. *Sclerozele evolutive*, provenite dintr'un focar de primo infecţiune. In aceste cazuri rezultatul unui pneumotorax e excelent. Unii autori dau un procent de vindecare de 94% în această formă de tuberculoză.

2. Formele *ulcero-caseoase*. In aceste cazuri trebue să fim cu băgare de seamă şi să menţinem pneumotoracele cât mai mult timp posibil. In aceste forme bilaterizarea după *Dieudonnée*, s'ar produce în 15% a cazurilor, iar complicaţiuni pleurale cari pot da simfize sunt 11%. Vindecările clinice după acelaş autor în urma tratamentului pneumotoracic ar fi de 64%.

3. In formele *bronşitice* dat fiind faptul că de obicei ele nu sunt evolutive, ne vom abţine dela instituirea unui pneumotorace decât numai atunci când avem o expectoraţie foarte abundentă. Rezultatele sunt bune

4. In formele *scleroase*, având în vedere că aceste forme au o tendinţă normală de vindecare ne vom abţine la fel de a recurge la pneumotorace, decât în cazurile în care vom avea complicaţii ca hemoptiziile repetate. In aceste cazuri, în care am fost siliţi să recurgem la acest mijloc terapeutic, va trebui să ţinem cont de tendinţa sclerogenă a ţesutului pulmonar şi în special a pleurei. Din acest motiv va trebui să introducem cât mai mult gaz cu o presiune uşor pozitivă pentru a evita aderenţele pleurale. De obicei însă nu reuşim să menţinem mai mult de un an pneumotoracele la aceşti indivizi din cauza simfizelor pleurale cari se produc. Rezultatele sunt bune, 85% succes.

In orice formă de tuberculoză pulmonară vom avea în vedere însă la instituirea unui pneumotorace de evoluţia, unilateralitatea şi semnele pleurale.

Din acest punct de vedere, vom institui un pneumotorace numai acolo unde găsim un proces activ evolutiv, care fie prin evoluţia lui, poate să producă o agravare a stării generale prin rezorbţia de toxine, fie că în urma abundenţei sputei bacilifere, poate să producă complicaţiuni.

In ceea ce priveşte unilateralitatea leziunilor nu e o condiţie sine qua non, e de preferabil însă instituirea unui pneumotorace acolo unde procesul e unilateral, dar nu-l vom refuza în caz de ne-

cesitate nici acolo unde avem deja o afecţiune bilaterală, cu condiţia ca pneumotoracele să-l începem în aceea parte unde pulmonul e mai puternic lezat şi procesul mai activ. Aceasta în urma datelor furnizate de radiografie şi examinările clinice. In sfârşit acolo unde vom avea aderenţe pleurale cu simfize totale ne vom feri a aplica această metodă unde rezultatele vor fi negative.

Un element de mare importanţă şi de care trebue să ţinem cont la instituirea unui pneumotorace, e *vârsta bolnavului.* Ne vom feri de a institui un pneumotorace la indivizi trecuţi de 50 ani, căci aceşti indivizi de obicei prezintă o formă de tuberculoză scleroasă cu tendinţă la simfize pleurale.

Un alt factor tot atât de important e *cura sanatorială* în timpul pneumotoracelui. E recomandabil ca bolnavii cărora li se face tratament pneumotoracic, să fie internaţi într'un sanator. *Leon Kindberg,* recomandă o cură sanatorială, de câteva luni la intervale regulate şi pretinde a avea rezultate bune.

O deosebită importanţă pentru bunul mers al pneumotoracelui este şi *tehnica insuflaţiunilor.* E recomandabil ca insuflaţiunile să nu se facă brutal, să se evite leziunile pulmonilor, lucru care ar putea provoca accidente (exudate pleurale). In ceea ce priveşte cantitatea de gaz introdus e recomandabil ca în afară de cazurile de tuberculoză scleroasă, să nu se introducă mai mult de 3—500 cm. cubi, lucrându-se cu o uşoară presiune negativă, fiind cunoscut faptul că nu cantitatea de gaz are rol în mecanismul pneumotoracelui ci încetinirea circulaţiei sanguine, care ar produce după *Lemke* o diminuare în rezorbţia toxinelor.

Mai are importanţă şi *starea generală a bolnavului,* căci la un individ robust vom avea un rezultat mai bun decât la un individ slăbit, anemic.

Mai recent *F. Dieudonnée* un eminent phtisiolog într'o lucrare a sa, caută să arate importanţa şi rolul pe care îl are temperamentul indivizilor în evoluţia tuberculozei, precum şi rezultatul obţinut prin pneumotorace, în legătură cu aceste criterii.

D-Sa pleacă dela faptul constatat, că într'una şi aceeaş familie oricare ar fi modul de contagiune indivizii afectaţi de tuberculoză evoluează în acelaş mod şi adeseori se îmbolnăvesc la aceeaşi vârstă. Tot în baza acestei consideraţiuni, se explică de ce la un individ o tuberculoză cronică, la diferitele puseuri avem acelaş tablou clinic. Există prin urmare o aşa numită „tuberculoză diathezică", care comandă forma şi evoluţia tuberculozei. Dânsul împarte bolnavii de tuberculoză după temperament în *artritici şi limfatici.*

La cei cu diatheza artrică, tuberculoza pulmonară are o tendinţă spre fibrozare, pe câtă vreme la cei cu diatheză limfatică are o tendinţă spre ramoliţie, o adevărată formă de „scrofuloză pulmonară". Din aceste motive, după D-Sa rezultatul unui pneumotorace va trebui condiţionat şi de temperamentul individului şi numai ţinând cont şi de acest factor, vom putea evita unele eşecuri tardive.

Hambert, susţine la fel influenţa terenului în evoluţia tuberculozei, argumentând prin faptul următor: de ce la noi indivizi având aceeaş formă de tuberculoză şi tratat în aceleaş condiţii prin pneumotorace, la unul avem un rezultat excelent, pe câtă vreme la celălalt, rezultatul e negativ?

In legătură cu formele de tuberculoză pulmonară susceptibile la tratamentul pneumotoracic, mai trebue să ţinem cont şi de alţi factori şi anume de durata timpului de tratament. Acest lucru l-am arătat în parte la aplicarea pneumotoracelui în legătură cu formele tuberculozei.

După *Maurer*, dacă în intervalul de maximum un an pneumotoracele nu şi-a arătat eficacitatea completă, e bine ca să renunţăm la el şi să recurgem la celelalte metode de colapsoterapie (frenicectomie sau toracoplastie), înainte de a se produce complicaţii ca pleurezii sau diseminări şi în care cazuri nici cu aceste metode nu vom putea fi de nici un folos.

In rezumat, dacă atunci când vom recurge la pneumotorace vom ţine cont de toţi factorii susmenţionaţi, putem fi siguri că vom obţine maximum de randament, pe care îl putem cere dela această metodă terapeutică.

Bibliografie.

Leon Bernard şi *Triboulet:* Le pneumotorax artificiel.

F. Dieudonnée: Le pneumotorax dans divers formes cliniques de la tuberculose pulmonaire selon les temperaments.

Leon Bernard: Etat actuele de metodes collapsotherapeutique. (Le Monde Medical 1938).

Michel Leon—Kindberg: La collapsotherapie de la tuberculose pulmonaire.

Hambert: Resultats, eloignés de la collapsotherapie gazeuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

E. Sergent: La cure sanatoriale dans le traitement de tuberculose pulmonaire. (Masson).

Dr. G. Băltăceanu: Lecţiuni de terapeutică, clinică şi dinamică vol. I.

G. Poix şi *A. Bosnières:* Le pneumotorax therapeutique en „cure libre" chez les tuberculeux. (La Presse Medicale 1930).

Modificările lichidului cephalo-rachidian în diferite stări patologice ale meningelor.

De **Dr. M. Teleman.**

Lichidul cephalo-rachidian prezintă modificări caracteristice în diferitele afecțiuni meningiale, încât se poate afirma că diagnosticul de meningită este astăzi strâns legat de cercetarea acestui produs.

Caracterele clinice nu sunt totdeauna suficiente pentru a putea pune diagnosticul și a determina formele de meningită; termenul de meningită fiind rezervat acelor cazuri în care pe lângă simptomele clinice găsim și un sindrom lichidian de tip inflamator. Alături de cazuri de meningite tipice (tbc., epidemice) confirmate clinic, citologic și bacteriologic, sunt forme ce se apropie de acestea din punct de vedere clinic și citologic fără a găsi microbi, sau forme ce se apropie numai din punct de vedere clinic, fără a găsi modificări bio-chimice cum sunt în cazurile de meningism observat la copii cu tulburări gastro-intestinale, la adulți cardio renali și unele stări azotemice.

In afară de confirmarea unui diagnostic, cercetarea repetată a l. c. r. ne dă indicații și asupra evoluției meningitelor.

Lichidul cephalo-rachidian este masa apoasă care scaldă axul cerebro-spinal, fiind conținut în ventriculii cerebrali și în cavitatea subarachnoidiană cerebrală și spinală. Secretat în stare normală la nivelul plexurilor coroide (Luschka, Galleotti, Cavazani) și într'o foarte mică cantitate la nivelul capilarelor meningeale (originea vasculară după Weed, Mestrezat); în condițiuni patologice și mai ales în procesele inflamatorii este produs în mare cantitate la nivelul vaselor meningeale în urma alterării pereților vaselor, care permit o transudare de plasmă sanguină ce modifică în parte și constituția acestui lichid.

In stare normală lichidul cephalo-rachidian conține o cantitate de uree, fosfați, cloruri aproximativ egală cu cea din sânge, o can-

titate de glucoză mai redusă, iar substanţele proteice într'o cantitate extrem de mică faţă de sânge.

Nu există un paralelism perfect între creşterea acestor elemente în sânge şi din lichid (permeabilitatea meningee).

In lichidul cephalo-rachidian se găseşte o mică cantitate de albumină sub *0,22 grame la litru*, formată ca şi cea din sânge din globulină şi serină. Practic ne interesează mai mult în lichid examenul calitativ (globulinele).

Urea se găseşte în cantitate de *0,25 grame* la litru.

Glucoza în stare normală variază după autori între *0,40—70* la litru.

Acetona, cholesterina, creatina, acidul uric nu prezintă mare importanţă.

Clorurii în cantitate de 7—7,40 gr. la litru dau lichidului cephalo-rachidian constituţia unei adevărate ape fiziologice.

Din punct de vedere citologic lichidul cephalo-rachidian conţine în mod normal şi în suspensie 1—3 elemente albe la mmc. (Nageotte) care în majoritate sunt limfocite. In stare normală avem următoarea formulă: limfocite = 93%, mono-mari = 2%, polinucleare = 5%.

In serviciul medical al spitalului s'au perindat un număr destul de ridicat de meningite sub diferite aspecte. Acest lucru ne-a făcut să examinăm în mod metodic lichidul cephalo-rachidian la toţi aceşti bolnavi.

In afară de obişnuitul examen citologic, bacteriologic şi chimic (Pandy) am căutat să fac şi dozările glucozei, ureei şi a clorurilor întrebuinţând nişte metode simple rapide şi precise.

Pentru dozarea glucozei am utilizat metoda Solons (ferri cyanură Ka) pentru dozarea ureei metoda Kowarsky iar pentru cloruri metoda Mestrezat.

Voi cita mai jos câteva din cazurile de meningite şi examinările efectuate:

Obs. I. Meningită epidemică.

Bolnavul I. I. intră în spital la 15 Martie pentru dureri de cap şi febră ridicată.

Maladia a debutat cu trei zile înainte cu vărsături şi cefalee. *Starea prezentă:* febril, uşoară fotofobie, atitudine de cocoş de puşcă.

Are redoarea cefei cu Kernig pozitiv. Constipat. In ziua de 16 Martie se face prima puncţie lombară extrăgându-se un lichid tulbure.

Găsindu-se meningococul i se administrează în ziua de 16, 17, 18 Martie ser antimeningococic câte 20 cmc. intra-rachidian şi 40 cmc. intrafesier. După prima injecţie se simte mult mai bine. In zilele următoare până la 23 Martie i se face numai ser intramuscular. La 9 Aprilie iese din spital complect sănătos.

Rezultatul examinării l. c. r.

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
16/III.	lich. tulbure	f. numer. polinucl. rari limf.	prezenţa menigoc.
17/III.	lich. opalescent	f. numeroase polinucl.	absenţa mening. in frot.
20/III.	slab opalescent	frecv. poli şi mononucleare	absenţa meningococului
23/III.	lich. clar	frecv. limfocite, rari polinucl.	absenţa meningococului
24/III.	lich. clar	limfocite = 18 la mmc.	absenţa meningococului.

Examen chimic.

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina*
16/III.	0.20 gr. $^0/_{00}$	0.40 gr. $^0/_{00}$	6.70 gr.	Pandy = ++++
17/III.	0.38	0.40	7.80	Pandy = +++
20/III.	0.41	0.36	8.00	Pandy = ++
23/III.	0.41	0.36	7.50	Pandy = ++
24/III.	0.38	0.30	7.20	Pandy = +

Dozare ureei în sânge la 18 Martie = *0.80 grame* la litru.

Obs. II. Meningită epidemică.

Bolnavul Fl. C. intră în spital la 2 Iulie pentru scăderea acuităţii vizuale. In ziua de 10 Iulie este evacuat dela serviciul oculistic la serviciul medical cu cefalee, febră şi vărsături.

Starea prezentă. Bolnavul este febril, are fotofobie, vărsături, redoarea cefei cu Kernig pozitiv. Făcându se puncţia lombară se extrage un lichid purulent cu prezenţa diplococului Weichselbaum. I se administrează zilnic ser antimeningococic, 20 cmc. intrarachidian 40 cmc. intramuscular. Se ameliorează simţitor şi la 12 Iulie părăseşte spitalul sănătos.

Examenul lichidului:

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
11/VI.	lich. purulent	f. numer. polinucleare	prezenţa meningococ.
12/VI.	opalescent	f. numer. polinucleare	absenţa meningococ.
14/VI.	slab opalesc.	polinucl. 50% limf. 50%	absenţa meningococ.
17/VI.	clar	polinucl. 13% limf. 87%	abs. florei microbiene.

Examen chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina* (globuline)
11/VI.	0.10 gr.	0.27 gr.	6.5 gr.	Pandy = ++++
12/VI.	0.27 „	0.41 „	7.0 „	Pandy = ++++
14/VI.	0.38 „	0.50 „	7.0 „	Pandy = +++
17/VI.	0.48 „	0.58 „	7.0 „	Pandy = ++

Obs. III. Meningită epidemică.

Bolnavul K. A. intră în spital la 10 Mai pentru dureri de cap şi febră. Boala a început cu două zile mai înainte cu frisoane şi temperatură.

Stare prezentă. Febril, cefalee intensă, vărsături. Redoarea cefei cu Kernig pozitiv. Are fotofobie şi agitaţie. Se face la 11 Mai puncţia lombară şi se extrage un lichid opalescent. I se instituie tratamentul cu ser antimeningococic pe cale intrarachidiană şi pe cale intramusculară. In zilele ulterioare starea bolnavului se ameliorează treptat până la completa vindecare. Iese din spital la 10 Iunie.

Examinarea repetată a lichidului c. r. a dat următoarele rezultate:

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
11/V.	lich. louche	f. numeroase polinucl.	Pandy = ++++
15/V.	„ opalescent	numeroase polinucleare	Pandy = +++
23/V.	„ opalescent	frecv. polinucl. rari limf.	Pandy = ++
30/V.	„ slab opalescent	frecv. poli şi limfocite	Pandy = + +
7/VI.	„ clar	numer. limf. rari polinucl.	Pandy = + +

Examen chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina (glob).*
11/V.	0.08 gr.	0.48 gr.	6.10 gr.	Pandy = +++
15/V.	0.18 „	0.38 „	6.20 „	Pandy = +++
23/V.	0.25 „	0.38 „	7.00 „	Pandy = ++
30/V.	0.30 „	0.28 „	7.00 „	Pandy = ++
7/VI.	0.47 „	0.18 „	7.20 „	Pandy = ±

Obs. IV. Meningită streptococică.

Bolnavul P. I. intră în spital în serviciul chirurgical la 17 Mai cu contuzia ochiului drept.

La 20 Mai bolnavul acuză dureri de cap, febră mare. La 21 Mai apare redoarea cefei, Kernig pozitiv, uşoară fotofobie, agitat. Se face o puncţie lombară extrăgându-se un lichid opalescent cu mici flocoane. Examinându-se lichidul se găsesc streptococi. Starea bolnavului agravându-se sucombă la 30 Mai.

Examenul cito-bacteriologic şi chimic al lichidului c. r.:

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
21/V.	lich. louche cu mici flocoane	f. numer. polinucl.	prezenţa streptoc.
25/V.	lich. opalescent cu mici flocoane	f. numer. polinucl.	prezenţa streptoc.

Examenul chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina (glob.)*
21/V.	0.10 gr.	0.40 gr.	6.80 gr.	Pandy = ++++
25/V.	0.08 „	0.44 „	6.10 „	Pandy = ++++

Din examinare în serie a lichidului c. r. la cazurile de mai sus se observă o perfectă concordanţă între evoluţia clinică şi modificările lichidului.

Glucoza simţitor diminuată înainte de instituirea tratamentului, urmează o curbă ascendentă paralel cu evoluţia clinică dacă aceasta merge spre vindecare. In meningita streptococică a avut o curbă descendentă ca şi evoluţia clinică.

Urea care este mai mult sau mai puţin crescută în aceste cazuri revine la normal, totuşi rămâne uşor crescută după dispariţia semnelor clinice. In caz de evoluţie nefavorabilă ea rămâne crescută. Urea din sânge poate fi mărită în acelaş grad sau chiar mai diminuată.

Clorurii diminuaţi înainte de tratament revin la normal odată cu vindecarea:

Din punct de vedere citologic polinucleoza dela început scade apărând limfocite în număr tot mai mare odată cu vindecarea. Odată cu dispariţia microbilor elementele albe devin tot mai bine colorabile.

Obs. V. Meningită tuberculoasă.

Elevul Gh. M. intră în spital la 11 Martie cu cefalee, inapetenţă, vărsături. Maladia a început cu 20 zile mai înainte.

Starea prezentă. Febril, acuză cefalee, e somnolent, abdomenul excavat. La 13 Martie apare redoarea cefei, Kernig pozitiv, atitudine în cocoş de puşcă. Se face puncţia lombară şi se extrage un lichid hipertensiv, opales. In ziua de 17 Martie sucombă.

Examenul lichidului c. r.:

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
13/III.	opalescent, citrin văl caracteristic	limfocite = 550 la mmc.	Abs. b. Koch
15/III.	opalescent, citrin văl caracteristic	limfocite = 670 „ „	Prezenţa b. K.
17/III.	opalescent, citrin văl caracteristic	limfocite = 990 „ „	Prezenţa b. K.

Examen chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumină*
13/III.	0.24 gr. la litru	0.44 gr. $^0/_{00}$	6.20 gr. $^0/_{00}$	
15/III.	0.18 „	0.50 „	6 00 „	
17/III.	0.15 „	0.67 „	5.20 „	

Obs. VI. Meningită tuberculoasă.

Bolnavul D. M. intră în spital la 29 Iunie cu diagnosticul de cistită cu retenţie de urină.

La 13 Iulie este evacuat dela serviciul Dermato-sifilis la serviciul medical cu dureri de cap, fotofobie, redoarea cefei. Schiţează Kernig, cu tendinţă la vărsături. Are febră. Starea lui se agravează în zilele următoare şi sucombă la 19 Iulie. S'au făcut două puncţii lombare extrăgându se un lichid opalescent şi sub presiune.

Examenul lichidului c. r.:

	ex fizic	ex. citologic	ex. bacteriologic
13/VI.	lich. opal. văl caracteristic	leuc. = 380 pred. polinucl.	abs. florei microb.
16/VI.	lich. opal. văl caracteristic	leuc. = 812 pred. polinucl.	abs. florei microb.

Examen chimic:

	glucoza	urea	clorurii	albumină
13/VI.	0.22 gr. la litru	0.44 gr. ‰	6.10 gr. ‰	Pandy = ++++
16/VI.	0.20 „	0.48 „	5.80 „	Pandy = ++++

Obs. VII. Meningită tuberculoasă.

Bolnavul G. I. intră în spital la 19 III. pentru dureri în hemitoracele dr. Cu trei luni înainte a avut pleurezie sero-fibrinoasă.

La 21 Martie acuză cefalee intensă. La 23 III. are cefalee, vărsături, uşoară redoare a cefei şi Kernig slab pozitiv. La 31 Martie sucombă. Se fac două puncţii lombare care au dat următorul rezultat.

	ex. fizic	ex. citologic	ex. bacteriolog.
23/III.	lich. tulbure, citrin văl caracteristic	limfocite = 3800 la mmc.	Prezenţa b. K.
28/III.	lich. tulbure, citrin văl caracteristic	limfocite = 1200 „	Prezenţa b. K.

Examen chimic:

	glucoza	urea	clorurii	albumină
23/III.	0.19 gr. ‰	0.60 gr. ‰	6.20 gr.	Pandy = ++++
28/III.	0,10 „	0.68 „	6.00 „	Pandy = ++++

In observaţiile 5, 6 şi 7 cu Meningită tuberculoasă cu sfârşit fatal, examenul de laborator a corespuns cu cel clinic. Glucoza scade treptat cu evoluţia boalei, paralel cu ea se observă şi o diminuare a clorurilor şi o urcare a ureei.

Obs. VIII. Meningită acută benignă.

Bolnavul N. H. intră în spital la 23 Aprilie 1936 cu cefalee rebelă la antinevralgice, greţuri, vărsături, insomnie. Are fotofobie, uşor strabism, redoarea cefei având poziţia în cocoş de puşcă. Kernig pozitiv. Starea se ameliorează treptat şi iese din spital după 45 zile cu diagnosticul de mai sus. Se fac puncţii repetate cu următorul rezultat:

	ex. fizic	ex. citologic	ex bacteriologic
24/IV.	lich. opalescent văl caracteristic	limf. = 860 la mmc.	abs. florei microb.
26/IV.	opalescent văl caracteristic	limf. = 650 „	abs. florei microb.
28/IV.	slab opalescent, văl	limf. = 600 „	abs. florei microb.
6/V.	aproape clar, abs. vălului	limf. = 70 „	abs. florei microb.

Examenul chimic:

	glucoza	urea	clorurii	albumină
24/IV.	0.40 gr. ‰	0.30 gr. ‰	6.90 gr. ‰	Pandy = ++++
26/IV.	0.38 „	0.28 „	7.10 „	Pandy = +++
28/IV.	0.45 „	0.28 „	7.30 „	Pandy = +++
6/V.	0.40 „	0.24 „	7.50 „	Pandy = ++

Obs. IX. Meningită acută benignă.

Bolnava I. A. intră în spital pentru dureri mari de cap, agitaţie urmată de stare semicomatoasă. Cu opt zile înainte a avut un reumatism poliarticular acut. In prezent bolnava este inconştientă, agitată, are redoare accentuată a cefei cu Kernig pozitiv. La puncţia lombară iese un lichid sub presiune şi opalescent, punctiile ulterioare dau un lichid clar.

Examenul lichidului c. r.:

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
26/IV.	louche văl caracteristic	f. numer. poli şi limf.	abs. florei microb.
6/V.	slab opalescent	frecv. poli şi limf.	abs. florei microb.
8/V.	lichid clar	frecv. limf. rari polinucl.	abs. florei microb.
12/V.	lichid clar	limfocite = 22 la mmc.	abs. florei microb.

Examen chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina*
26/IV.	0.40 gr. ‰	0.28 gr. ‰	7.00 gr. ‰	Pandy = +++
6/V.	0.38 „	0.30 „	7.10 „	Pandy = ++
8/V.	0.42 „	0 30 „	7.20 „	Pandy = +
12/V.	0.45 „	0.32 „	7.30 „	Pandy = ±

Aceste două cazuri după aspectul lor clinic dela început, după limfocitoza remarcabilă, a făcut să ne gândim că sunt meningite de natură tuberculoasă. Dozările glucozei a dat însă cifre normale, ureia foarte puţin modificată, iar clorurii în cantitate normală. Evoluţia ulterioară a acestor cazuri precum şi caracterul lichidului a făcut să se pună diagnosticul de mai sus. Elementele albe (limfocitele şi polinuclearele) au avut o colorabilitate normală dela început.

Obs. X. Reacţie meningeală.

Bolnavul Z. Fl. intră în spital la 9 III/37 pentru cefalee. Boala a început cu două săptămâni cu dureri de cap. Concomitent cu cefalea în urma unui traumatism, a început să se tumefieze extr., inf. a antebraţului drept.

Stare prezentă. **Febră uşoară, acuză cefalee intensă, uşoară fotofobie, uşoară redoare a cefei, Kernig uşor pozitiv. Se fac trei puncţii lombare, lichidul clar, hipertensiv. Bolnavul părăseşte spitalul ameliorat la 20 Martie.**

	ex. fizic	*ex. citologic*	*ex. bacteriologic*
13/III.	lich. clar, abs. vălului	limf. = 1.1 la mmc.	abs. b. k.
15/III.	aceleaşi caractere	limf. = 2.1 „	abs. b. k.
19/III.	aceleaşi caractere	limf. = 0.9 „	abs. b. k.

Examenul chimic:

	glucoza	*urea*	*clorurii*	*albumina*
13/III.	0.38 gr. ‰	0.26 gr. ‰	7.70 gr. ‰	Pandy = ±
15/III.	0.38 „	0.20 „	8.00 „	Pandy = ±
19/III.	0.43 „	0.11 „	7.50 „	Pandy = ±

In observaţia Nr. 10 s'a bănuit la început posibilitatea unui caz de meningită tbc., mai ales că bolnavul avea o artrită de natură tbc. Analizele repetate ale l. c. r. n'au arătat nici o modificare în această direcţie.

Natura reacţiei meningeale e produsă de focarul de artrită tbc.

Concluziuni.

1. Examinarea completă (biologică şi fizico-chimică) a lichidului cephalo-rachidian aduce un preţios ajutor în diagnosticarea şi evoluţia diferitelor forme de afecţiuni meningeale;

2. Modificările pe care le sufere lichidul c. r. sunt variabile după felul meningitei;

3. In meningita epidemică în afară de găsirea agentului patogen, a leucocitozei însemnate, a hiperalbuminozei, găsim modificări ale glucozei, ureei şi a clorurilor.

Glucoza foarte diminuată la început, creşte treptat spre normal odată cu evoluţia spre vindecare a meningitei. Clorurii diminuaţi puţin, urmează aceeaşi curbă. Urea din contră e crescută pentru a menţine echilibrul osmotic din cauza scăderii clorurilor şi a glucozei. Urmează o curbă descendentă în caz de vindecare;

4. Leucocitele devin mai bine colorabile odată cu evoluţia;

5. In urma instituirei tratamentului cu ser antimeningococic se observă o rapidă dispariţie a meningococului urmat în scurt timp de dispariţia semnelor clinice şi a celorlalte modificări lichidiene;

6. In meningitele tuberculoase care aproape toate sfârşesc cu moartea bolnavului, glucoza nu scade brusc ci treptat până aproape de dispariţie. Clorurii sunt mai mult diminuaţi ca în meningitele epidemice. Urea urmează o curbă ascendentă;

7. In meningitele streptococice, pneumococice, etc., sunt aceleaşi modificări ca în meningita epidemică;

8. In meningitele benigne care pot fi uşor confundate la început cu cele tbc. sau epidemice, dozarea glucozei ureei şi a clorurilor au importanţă mai mare. In aceste afecţiuni deşi avem modificări mari citologice şi hiperalbuminoză, glucoza urea şi clorurii nu sufăr nici o modificare sau au modificări neînsemnate;

9. In caz de reacţii meningeale nu avem nici o modificare însemnată a constituantelor lichidului cephalo-rachidian.

La turburări de echilibru şi neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase şi depresive, Basedow şi cazuri basedowoide şi migrene etc.

BELLERGAL

Combinaţie de Bellafolină, Gynergen şi Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineaţa unul la dejun şi 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 şi 100 drageuri

Reprezentanţi pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102, Bucureşti I.

Drogueria „Royal"
Piaţa Unirii 26, Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveţia)

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil · amino · benzen · sulfamid)

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV
Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE: *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p: (Y fenilpropilamino) fenil sulfamid x · Y disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Soluţie cu 6 % sare
INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE
Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE: *10 la 20 cc. pro die*

TRATAMENTE ASOCIATE *pe cale bucală şi parenterală*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecțiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Toate algiile reumatismale

Toate sindromele dureroase

NAIODINE

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Algii rebele — Nevraxite și urmările lor

Acțiune curativă fără reacțiuni. — Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriție

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul J. LOGEAIS, Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., București I. Str. Stt. Ionică 8

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

Prețul: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă **mijlocul suveran** pentru tratarea **stărilor anemice** și **urmările** lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie** și **surmenaj general**, în **convalescență**, în **tbc. generală** și **pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** și ale **nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Laboratorul de Produse Farmaceutice O. Alesi, Sebeș-Alba

Enesol-ul şi femeile sifilitice însărcinate.

De **Dr. H. Sarafidi,** Constanţa.

De acum 40 de ani, am constatat binefăcătoarele efecte ale Enesol-ului asupra femeilor sifilitice însărcinate, precum şi rolul acestui tratament în viaţa progeniturilor lor.

Tratamentul arsenico-mercurial sub formă de Enesol, administrat persoanelor care au avut mai multe avorturi sau au născut copii morţi sau copii cari nu au vieţuit mult timp după naşterea lor, a schimbat această stare, iar femeile au adus pe lume copii cari trăiesc în deplină sănătate.

Observaţiunile ce urmează, confirmă părerea noastră bazată pe fapte care durează de ani de zile.

Printre clientele noastre se găseau şi persoane care prezentau simptome nete de sifilis; altele, care în aparenţă nu prezentau simptome evidente, dar ai căror soţi au avut sau mai aveau încă această boală.

Am preferat pentru tratarea bolnavelor noastre, calea intravenoasă, pe care am considerat-o mai folositoare, întrucât eliminarea medicamentului se produce mai repede şi nu oboseşte nici rinichii, nici ficatul, organe a căror funcţiune adecuată, asigură ducerea sarcinei până la bun sfârşit.

Toxicitatea slabă şi eliminarea rapidă a Enesol-ului, sunt cele mai bune condiţiuni pentru un tratament specific, în timpul sarcinei; eliminarea producându-se în scurt timp, injecţia următoare nu găseşte în organism decât un sfert din cantitatea injectată prin precedenta.

In consecinţă, acumularea mercurială sau arsenicală este minimă, iar cele 10 injecţiuni pe care le administrăm în timpul unei serii, nu pot cauza o intoxicaţie.

Administrarea Enesol-ului mai prezintă un avantaj, acela de a evita complicaţiunile stomacale atât de frecvente la femeile gravide, cari au de regulă, mucoasa stomacală sensibilă.

Enesol-ul acţionează în mod eficace asupra vomitărilor sarcinei, care dispar adesea după primele injecţiuni.

Starea generală rămâne schimbată şi după tratament.

Albuminuricii suportă bine tratamentul, emonctoriul renal acomodându-se bine cu Enesol-ul. Tratamentul constă în serii de câte 10 injecţii, administrate la fiecare 3 zile. Fiecare injecţie conţine 6—8 ctgr. şi sunt administrate de obiceiu în a doua, a patra şi a 6 lună a sarcinei. Calea intravenoasă este tot atât de inofensivă ca şi acea intramusculară; nu am constatat nici reacţiuni nitridoide, nici cele ale lui Herxheimer. Intr'un singur caz, vomitările ce au survenit după a doua injecţie, au încetat în urmă.

Am ţinut sub observaţie vreo 20 de femei gravide, tratate cu Enesol, femei sifilitice, ale căror antecedente gravidice erau grevate şi a căror sarcină s'a terminat în mod normal, în urma tratamentului nostru. Copiii născuţi prezintă toate garanţiile de sănătate.

Deşi valoarea tuturor observaţiunilor noastre nu este egală, din cauza diferenţei de vârstă a copiilor, ne credem totuşi îndreptăţiţi să afirmăm eficacitatea tratamentului, întrucât cea mai recentă observaţie se referă la copii, în vârstă de un an, ceea ce contează mult pentru heredosifilitici.

Observaţiunile, privitoare la copiii care deşi sănătoşi şi robuşti, nu au depăşit încă vârsta de un an, nu figurează în prezenta statistică. Vârsta mamelor indicată la începutul fiecărei observaţiuni, este cea reală din momentul aplicării tratamentului cu Enesol.

Observ. I. — D na P . . . . 24 ani B. W. +++ A avut patru avorturi survenite la cel mai mic accident în timpul lunei a 3-a sau a 4-a. Devenind gravidă pentru a cincea oară, urmează regulat trei tratamente, în timpul lunei a doua, a patra şi a şaptea a sarcinei. A dat naştere unei fetiţe sănătoase care a trăit 12 ani, după care a fost răpusă de o difterie. In urma unei salpingite grave survenită după doi ani dela această naştere, a rămas sterilă.

Observ. II. — D na St. . . . . 34 ani. 1920. Reacţia B. W. ++ Soţul sifilitic. A dat naştere la termen, unui băiat care a murit în câteva zile. Copilul prezenta simptomele heredo-sifilitice. In 1924, această femeie a devenit din nou însărcinată şi urmează două tratamente cu Enesol, în timpul lunei a 3-a şi a 5-a. Copilul născut în urma acestui tratament trăeşte încă sănătos.

Observ. III. — D-na Car. 25 ani. Doi copii născuţi morţi în 1916 şi 1918. In 1926 însărcinată şi supusă unui tratament cu Enesol. A dat naştere la termen, unei fetiţe de 6 Kg. In 1927, rămânând din nou gravidă urmează acelaş tratament şi dă naştere unei fetiţe tot atât de robustă ca şi prima. Ambele sunt în viaţă, sănătoase.

Observ. IV. — D-na Neg. . . . . 27 ani. B. W.++ In 1925 a avortat după două luni. In 1926, rămânând din nou gravidă, a urmat un tratament cu Enesol în a doua lună, dar nu a putut continua seria a doua din cauză că nu suporta medicamentul. Am fost nevoiți să continuăm cu două serii de Bismut. Copilul s'a născut la termen și se menține bine. După un an și jumătate dela naşterea acestui copil a rămas din nou însărcinată. De data aceasta suportă bine injecțiile de Enesol. Al doilea copil este tot atât de sănătos ca și primul.

Observ. V. — D-na Pel. . . . . 22 ani. In 1925 infecție sifilitică secundară, survenită imediat după concepțiune. A născut la termen un copil mort. In 1926, fiind gravidă din nou, este supusă la 3 tratamente; copil născut la termen; sănătos și care mai trăieşte încă.

Observ. VI. — D-na Av. . . . . 30 ani. Fără fenomene luetice aparente, nici din partea soțului. In 1919 și în 1922 și-a pierdut pe cei doi copii, pe unul în vârstă de 4 ani de meningită, iar al doilea la vârsta de 5 ani, epuizat de o diaree cronică. In timpul sarcinei sale a 3 a, în 1926, a urmat un tratament cu Enesol (3 serii) și a dat naştere unui copil foarte robust. Acest copil a murit în vârstă de 5 ani, în urma unei meningite cerebro-spinale, epidemice, care a bântuit în orașul nostru în 1931. O nouă sarcină în 1928: tratament, născut un copil care se menține sănătos și astăzi.

Observ. VII. — D-na Pav. . . . . 28 ani. Soț sifilitic. In 1924 și 1927, dă naştere la doi copii cu spina bifida, cari au murit după câteva săptămâni dela naştere. Pe la sfârșitul anului 1928, o nouă sarcină de care vrea să scape din teama de a nu da naştere unui nou copil bolnav, care nu va trăi. B. W.++ In urma sfatului meu, renunță la avort și se supune tratamentelor cu Enesol. A dat naştere unei fetițe robuste, sănătoasă și până azi.

Observ. VIII. — D-na Mor. . . . . 36 ani. A avut 5 copii născuți morți sau morți după puțin timp dela naşterea lor. B. W.+++ Penultimul născut, în lanuarie 1927 a murit după câteva săptămâni cu toate semnele sifilisului ereditar. După patru luni a rămas din nou gravidă. Tratament cu Enesol. Rezultatul: Copilul e încă în viață.

Observ. IX. — D-na Sap. 24 ani. Consultată în lanuarie 1931, prezintă gome ulcerate, la ambele brațe, simetrice și un psoriasis al feței și al gâtului. Un copil mort la naştere în 1929. A fost supusă unei serii de 10 injecțiuni, în a doua lună și la 8 injecții, în a 5-a. Copilul sănătos.

Observ. X. D-na Econ. 20 ani. S'a măritat cu un bărbat, care urmează tratamentul contra sifilisului, contractat cu câteva luni îna-

inte. Simptome de sifilis secundar. Tratamentul este administrat, în a doua lună a sarcinei şi repetat în a 5-a şi a 7-a lună. In Decemvrie 1931, a dat naştere la termen unui copil sănătos.

Observ. XI. — D-na Fil. 28 ani. Primul său copil a murit la 9 ani de meningită. B. W.+ In 1930 însărcinată şi supusă tramamentului. In Iulie 1931 a dat naştere unui băiat foarte viguros.

Observ. XII. — D-na St. 23 ani. Soţ sifilitic şi nu a urmat nici un tratament. In timpul sarcinei a făcut 3 serii de tratament. Copil de 7 Kgr. (1931).

Observ. XIII. — D-na Ion 27 ani. Doi copii născuţi morţi şi un avort în a doua lună. Insărcinată din nou în 1931, a dat naştere după tratament unui băiat de 4 Kgr. 100 gr. In 1933 unei fetiţe tot atât de robustă şi de sănătoasă ca şi băiatul.

Observ. XIV. — D-na M. . . . 23 ani, soţ sifilitic şi incomplet tratat. In Martie 1932 a dat naştere unei fetiţe sănătoase. In Februarie 1933 unui băiat sănătos. Fiecare sarcină a fost urmată de tratament.

Observ. XV. — D-na Zart. . . . . 21 ani. In 1929, dă naştere unui hidrocefal mort. Insărcinată din nou în 1932, a dat naştere unui copil foarte sănătos.

Observ. XVI. — D-na Deld. 20 ani. B. W.++ In 1930, a avortat un kist hidatiform. In Mai 1932, după tratament a dat naştere unui băiat de 4750 grame.

Observ. XVII. — D-na St. A. 39 ani. In 1930 a avortat în a $5^1/_2$ lună. B. W.++ In 1932 urmează în a doua lună tratamentul. In Octomvrie 1932 a născut un băiat sănătos.

Observ. XVIII. D-na Rasc. 30 ani. Doi copii născuţi morţi, 3 avorturi între a 3-a şi a 6-a lună. B. W.+++ In 1931 şi în 1932, însărcinată şi tratată: doi copii sănătoşi.

Observ. XIX. — D-na Her. . . . 31 ani. 3 sarcini anterioare, una precoce şi celelalte două la termen cu copii morţi. Tratată în timpul sarcinei a 4-a, în 1932, a dat naştere unui copil robust.

Observ. XX. — D-na St. Lanc. . . . 27 ani, 4 avorturi între a doua şi a 3-a lună, până în 1931. In Februarie 1932, fiind însărcinată, începe tratamentul, urmându-l regulat. In Noemvrie 1932 a dat naştere la termen, unei fetiţe robuste.

Observ. XXI. — D-na Pic. 24 ani. Măritată de un an. In 1932 a avortat în a 3-a lună. Insărcinată din nou după 3 luni. Urmează 3 tratamente. Copilul născut sănătos la termen. In 1934 a fost din nou însărcinată. Nou tratament, în urma căruia a născut o fetiţă sănătoasă.

Observ. XXII. — D-na Madel. 28 ani. Avorturi repetate la diverse vârste ale foetusului până în 1924. In 1925, urmează tratamentul

în timpul sarcinei. A dat naştere unui copil foarte viguros. Am pierdut din vedere pe această femeie, dar ea s'a prezentat deunăzi la consultaţie, aducând cu dânsa pe fetiţa sa, în vârstă de 12 ani, sănătoasă perfect.

Observ. XXIII. D-na Bere 25 ani. Avort în a 6-a lună în 1931, însărcinată din nou în 1933. Trei tratamente. A dat naştere unui băiat foarte viguros, actualmente mort în timpul lucrului, asfixiat de cordonul, care-i împrejmuia de 3 ori gâtul. In 1934 din nou însărcinată şi din nou tratată. A născut la termen un copil normal.

Observ. XXIV. — D-na Mar. Marin. 20 ani. In 1932 a dat naştere unui copil cu buză de iepure, ce se întinde pe tot cerul gurii şi care spărgându-se i-a provocat moartea prin atrepsie. In 1933, un alt copil la termen, dar slăbuţ şi care a murit după câteva zile. In timpul sarcinei a treia, survenită în 1934, a urmat trei tratamente. Acest din urmă copil este sănătos şi continuă a fi.

Observ. XXV. — D-na Vot. 23 ani. Naştere prematură şi moartea copilului în 1932. Simptome foarte nete de sifilis la soţul ei. In 1933. o nouă sarcină. Trei tratamente. Copil născut sănătos la termen.

Observ. XXVI. D-na Stel. Fr. 26 ani. Dădea naştere la copii caşectici, care mureau imediat după naştere. In cursul anului 1934, rămânând gravidă, a urmat regulat tratamentele. De 3 ani, primul ei copil născut în urma tratamentelor şi acela care a urmat după un an s'au născut sănătoşi.

Observ. XXVII. — D-na An. Pan 30 ani. A avortat la $1^1/_2$ lună în 1933. Trei tratamente în timpul sarcinei din 1934. Copil sănătos.

Observ. XXVIII. — D-na Fild. 31 ani. Primul copil mort de meningită. In 1931 şi în 1933, tratamente pentru sarcinile avute. Ambii copii sănătoşi.

Observ. XXIX. — D-na Hel. Banat 34 ani. Cu toate că B. W. era negativ atât la bărbat cât şi la femeie, a dat naştere în 1927, 1929 şi 1931 la copii morţi. In Noemvrie 1934, după 3 tratamente, a născut la termen un copil de 5 Kgr.

Observ. XXX. — Beat. Petr. 25 ani. In Mai 1933, urmând 2 tratamente cu Enesol, a dat naştere unui copil sănătos şi foarte viguros. In 1934 a rămas din nou gravidă. Nefăcând nici-un tratament, a avortat în a 3-a lună.

Observ. XXXI. — D-na An. Coch. 24 ani. Soţul sifilitic cu tratamentul incomplet şi neregulat. In 1931 şi în 1932 a dat naştere la copii sănătoşi. A urmat cele 3 tratamente pentru fiecare sarcină.

Observ. XXXII. — D-na Hel. As. 22 ani. Măritată în 1933. Trei luni după căsătorie a prezentat simptome luetice secundare, trata-

ment incomplet (3 serii de Neo şi 3 de Bi). In 1934 rămâne însărcinată. In a 3-a, 5-a şi a 7-a lună a sarcinei: Enesol. A născut la termen, în Ianuarie 1935, un copil care este sănătos şi azi.

Observ. XXXIII. — D-na Ath. 25 ani. In 1933 prezenta simptome secundare. In 1935, survine sarcină, urmată de o a doua în 1936. Ambii copii sănătoşi. S'a tratat regulat cu Enesol.

Observ. XXXIV. — D-na Ion. 30 ani. Mai multe avorturi în cursul anului 1929—30. In 1932 şi 1935 două sarcini şi doi copii sănătoşi. A urmat regulat tratamentele chiar între cele două sarcini.

Observ. XXXV. — Maria St. Patru avorturi în 1931, 32, survenite între a doua şi a 3-a lună. In 1933 şi 1935 două naşteri normale în urma tratamentelor.

Observ. XXXVI. — D-na Mar. Coc. 24 ani. Soţ sifilitic, care a urmat un tratament destul de complet. Deşi are antecedente favorabile, l-am supus la 3 tratamente. Copil născut în 1935, în greutate de 5 Kgr. Actualmente este însărcinată în a 7-a lună.

Observ. XXXVII. — D-na Kauz. 32 ani. In 1935 a avortat în a 6-a lună. In Iulie 1936 a născut la termen. Trei tratamente.

Pe lângă toate aceste reuşite ale tratamentului cu Enesol, la femeile gravide, avem un caz, pe care-l relatăm, întru cât îl considerăm interesant. Este vorba de o doamnă de 32 ani, sănătoasă, ale căror analize sunt negative (ale sângelui şi ale lichidului rachidian). De asemenea şi cele ale soţului ei. Antecedentele lor personale şi cele ale părinţilor nu au nimic suspect. In 1928 a dat naştere unei fetiţe, sănătoasă perfect. In 1933 a avut un prim avort în a 3-a lună. In Ianuarie 1935, un al doilea în a $3^1/_2$ lună. In vara anului 1935, o nouă analiză a sângelui şi a lichidului rachidian. Rezultatul negativ. Fiind însărcinată în prima lună, se supune tratamentului cu Enesol. In a 3-a lună, avort. Insărcinată din nou după un an, urmează tratamentele clasice: Neo şi Bismut. Un nou avort în a 2-a lună. Adevărat este că în acest caz, atât tratamentul cu Enesol, cât şi celelalte tratamente nu au dat rezultat. Nu s'ar putea oare admite că există şi avorturi care nu sunt datorite sifilisului? De ce am fi atât de exclusivi şi am afirma că numai sifilisul provoacă avorturi şi nu alte motive independente de leziunile treponemei.

In acest caz, ultima observaţie ar fi concludentă şi ar explica eşecul tratamentului cu Enesol.

Din totalul de 62 femei însărcinate, tratate cu Enesol, nu sunt cuprinse în această lucrare decât 37 observaţiuni, 3 cazuri, care au fost observate în anul 1937 şi care nu figurează în prezenta statistică.

Bineînţeles, că printre clientele tratate cu Enesol şi care au dat naştere la copii sănătoşi, se găsesc şi persoane care nu au putut fi controlate, prin faptul că depărtarea domiciliului lor sau neglijenţa, le-au împiedicat să se prezinte la consultaţie.

Din această cauză, ne credem îndreptăţiţi de a conchide că Enesol-ul constitue un tratament specific al heredo-sifilisului.

Enesol, combinaţie a două substanţe antiluetice prin proprietăţile sale fundamentale de uniune organică, constitue un tratament specific pentru femeile însărcinate, al căror organism slăbit de sarcină şi de consecinţele ei, metopragia ficatului şi a rinichilor, nu poate suporta fără inconvenient un tratament toxic.

Datorită slabei sale toxicităţi, Enesol-ul, se adaptează organismului, care în timpul epocei gravidice necesită menajament şi reconstituire, pentru a putea duce la bun sfârşit fructul unei sarcini şovăitoare şi a-i asigura viaţa.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Migraţiunea medicilor funcţionari.

De **Dr. I. Stoichiţia.**

Observatorul atent care ar urmări regulat lista posturilor vacante de medici ce se publică periodic prin Monitorul Oficial, ar constata cu oareşcare surprindere, că anumite localităţi rurale şi chiar urbane din unele judeţe, figurează aproape permanent pe aceste liste întocmite şi publicate de Ministerul Sănătăţii. A doua constatare ce s'ar putea face este că numele unor medici figurează prea frecvent sub rubrica „mişcare în corpul medical", ceeace înseamnă că unii medici schimbă destul de des posturile pe care le ocupă.

Unele din aceste posturi vacante şi-au câştigat cu timpul o adevărată celebritate în urma publicităţii prea îndelungate de care s'au bucurat, deşi nu în totdeauna era justificată faima rea ce li s'a creat şi din cauza căreia au rămas neocupate ani de-a-rândul. Altele, deşi au fost „alese" de nevoie de unul sau altul dintre candidaţi, tot nu au beneficiat de serviciile permanente ale unui titular, fiindcă acesta din bună vreme s'a îngrijit, fie de un concediu de studii sau de boală cât mai îndelungat, fie de o „detaşare" salvatoare într'un centru mai civilizat şi mai confortabil, aşteptând acolo momentul unei transferări fericite.

Asemenea posturi figurează în mod inutil în bugetul Ministerului, ele neaducând nici cel mai mic serviciu sănătăţii publice, ci servind doar ca loc de refugiu sau ca trambulină pentru unii medici intraţi în serviciul sanitar cu pregătire şi eforturi minimale, dar cu pretenţii dintre cele mai exagerate. Mai fac şi un alt serviciu aceste posturi şi anume: ele contribue la ameliorarea procentului repartizării medicilor pe număr de locuitori, dându-ne impresia unei situaţiuni mult mai favorabile decât este realitatea.

Numărul acestor fel de posturi, durere, este destul de mare; ele se pot împărţi în două categorii distincte.

In prima categorie cad posturile de specialitate: medic secundar sau medic primar la spitalele mici, foste spitale mixte, din localităţi urbane dintre cele cu o vieaţă economică şi culturală mai înapoiată şi — evident — cu posibilităţi reduse pentru rentabilitatea clientelei

particulare. Aceste posturi numai arareori se ocupă prin titulari permanenți, de cele mai multeori titularul nici nu se prezintă la post ci își ia concediu sau se detașează în altă parte. După un timp oarecare apoi, fie că se transferează într'un loc mai convenabil, fie că demisionează din post, se înțelege, uzând de dreptul de reprimire în serviciu, asigurat prin Legea Sanitară și în care caz postul se publică din nou vacant pentru ca jocul să reînceapă dela capăt.

Cunosc asemenea posturi care în ultimii 5—6 ani au avut tot atâția titulari, dintre care însă nici unul nu a făcut serviciu efectiv mai mult decât 1—2 luni, precum cunosc medici tineri cari în decurs de 4—5 ani, au ocupat mai mult ca 5 posturi diferite în serviciul sanitar. *Rezultatul nu poate fi decât dezastruos pentru spital și pentru bunul mers al serviciului sanitar și dezagreabil pentru seriozitatea și prestigiul corpului medical.*

A doua categorie de asemenea posturi se găsește în mediul rural cuprinzând numeroase circumscripții sanitare din județele mai sărace și din regiunile mai distanțate de civilizație și cu o stare culturală și economică mai înapoiată. In aceste regiuni expuse și care ar avea mai mare lipsă de un serviciu sanitar activ și permanent, aflăm o serie de circumscripții sanitare care sunt vacante cu anii, sau dacă sunt ocupate, aceasta este numai de formă, titularul fiind detașat în altă parte ori găsindu-se în concediu și pândind ocazia fericită a posibilității unei transferări cât mai rentabile. Și într'un caz și în celălalt postul rămâne fără titular efectiv, iar populația circumscripției lipsită de serviciile unui medic, „substituirea" în aceste cazuri prin medicul circumscripției învecinate fiind o simplă ficțiune bună pentru a se îndeplini anumite cerințe și formalități administrative.

Această situație dăunătoare serviciului și sănătății publice este cauzată de condițiile materiale neprielnice din aceste localități și regiuni unde medicii negăsind confort și rentabilitate materială, nu rămân nici măcar pe o durată mai scurtă, cu atât mai vârtos că li se facilitează această comportare prin multiplele posibilități de transferare, detașare, concedii etc., unele admise prin legile în vigoare, iar altele consfințite prin puterea tradiției, adeseori mai tare decât legea.

Din cauza ușurinței cu care se pot obține transferări, detașări etc., s'a produs de altfel acea mișcare vie și neîntreruptă în corpul medicilor funcționari, care cu drept cuvânt a fost numită *migrațiunea medicilor* și care se produce dela periferie spre centru și numai arareori și în mod cu totul excepțional, dela centru spre regiunile periferice.

Rezultatul acestui fenomen este fără îndoială dăunător serviciului sanitar şi sănătăţii publice şi de aceea trebue să se ia toate măsurile posibile pentru a opri aceasta migraţiune păgubitoare, asigurând o stabilitate mai mare medicilor şi o repartiţie mai simetrică şi mai echitabilă a lor pe ţară şi prin aceasta asigurarea unei asistenţe medicale a populaţiunei în condiţiunile cele mai optime cu putinţă.

In cele ce urmează ne permitem a preconiza câteva măsuri pe care le socotim utile pentru înlăturarea răului semnalat şi pentru îndreptarea lucrurilor pe calea unei evoluţii normale şi progresive.

1. Pentru posturile de specialitate din mediul urban credem că ar fi suficientă măsura instituirii unor restricţiuni mai severe privitoare la detaşări şi transferări, în sensul ca *nimeni să nu poată fi transferat dintr'un post într'altul decât dacă este cu titlu definitiv şi dispune de o vechime de cel puţin 3 ani fără întrerupere în locul pe care îl părăseşte. Detaşări să nu se admită decât în cazuri extreme şi pe deplin justificate.*

A doua măsură necesară ar fi înzestrarea echitabilă a serviciilor de specialitate dela toate spitalele, inclusiv cele mici şi periferice, cu utilajul modern necesar pentru a putea oferi condiţiuni tehnice cât mai optime pentru exercitarea unei specialităţi.

Prin aceste două măsuri simple cred că vom ajunge să putem avea medici specialişti bine pregătiţi şi stabili chiar şi în cele mai mici spitale de provincie. Acelea cari nu vor fi viabile nici după aplicarea acestor măsuri, vor trebui transformate în infirmerii locale sau chiar desfiinţate ca instituţii inutile şi fără randament.

2. Pentru posturile din mediul rural, socotim că ar fi util şi drept ca *circumscripţiile sanitare rurale să se împartă în 3 categorii sau clase şi anume:*

a) *Categoria sau clasa I, a circumscripţiilor sanitare situate în preajma oraşelor şi având reşedinţa chiar în oraş* (exemplu: Sibiu rural, Mediaş, Odorhei, Aiud, Sebeş-Alba, etc.).

Titularii acestor circumscripţii, trăind în aceleaşi condiţiuni ca şi medicii dela oraşe, vor fi echivalaţi în ceea ce priveşte salarizarea cu medicii de circumscripţie sanitară urbană, având în plus diurna de transport necesară pentru deplasările oficiale în comunele aparţinătoare circumscripţiei;

b) *Categoria a II-a, a circumscripţiilor sanitare rurale ar fi formată din circumscripţiile sanitare compuse din comune cu o stare economică şi culturală acceptabilă şi unde există pentru medic posibilităţi de clientelă particulară.* Medicii sanitari din aceste circum-

scripţii, care formează dealtfel majoritatea, vor fi salariaţi după normele actuale primind retribuţiile care sunt prevăzute de prezent pentru toţi medicii de circumscripţii sanitare rurale;

c) *Categoria a III-a se compune din circumscripţiile sanitare sărace, mai distanţate dela centru şi compuse din comune cu situaţie economică, culturală şi geografică rea.*

Medicii din aceste circumscripţii neavând nicio posibilitate de câştig din clientela particulară şi trebuind să trăiască şi să activeze în cele mai grele condiţii de confort, vor *primi pe lângă salariu categorie II, un plus de 25% în forma unei prime de reşedinţă.*

In afară de aceasta medicii din categoria III-a care vor funcţiona *fără întrerupere timp de 5 ani* în aceasta categorie, obţinând note calificative bune, vor fi *preferaţi* la cererile pentru transferare faţă de colegii lor din alte categorii.

In acţiunea de construire de dispensarii şi locuinţe de medici, *circumscripţiile de categoria III-a vor fi preferate* primind în acest scop un ajutor bănesc mai important din partea Ministerului Sănătăţii.

Clasificarea circumscripţiilor sanitare rurale pe categorii se va face de către Minister în baza propunerilor Consiliilor de Igienă Judeţene, însoţite de avizul Inspectoratelor Sanitare.

3. *Ca o măsură generală pentru toate posturile de medici funcţionari socotim că este necesar a se stabili criteriul după care transferări nu se pot face decât atunci când titularul este definitiv şi are o vechime de cel puţin 3 ani în postul pe care îl părăseşte şi în care a funcţionat efectiv şi fără întrerupere. Detaşări nu se vor admite decât în interes de serviciu şi numai în cazuri extreme şi pe deplin justificate.*

Stabilind şi executând aceste măsuri, suntem siguri că se va putea pune capăt situaţiunei actuale, încetând migraţiunea medicilor şi ocupându-se prin titulari permanenţi toate posturile vacante din serviciul sanitar. In acelaş timp s'ar ajunge la o normalizare a mecanismului ocupării posturilor şi la o raţionalizare a condiţiunilor de transferare care în viitor s'ar face numai în cazurile indicate şi după criterii mai obiective, încurajându-se elementele destoinice şi cu merite câştigate faţă de elementele mai puţin pregătite, dar mai abile şi mai pretenţioase.

In orice caz serviciul sanitar al ţării şi sănătatea publică nu ar avea decât de câştigat de pe urma introducerii măsurilor preconizate mai sus, iar corpul medicilor funcţionari ar fi mai mulţumit, „mişcările" din sânul său făcându-se după criterii mai obiective decât până acum.

Noui orientări în organizarea spitalelor.

De Docent **Dr. Liviu Câmpeanu.**

Ritmul intens, rapid, caracteristic vieţii din veacul al XX-lea a determinat o măcinare şi epuizare accentuată a energiei cuprinse în capitalul biologic omenesc.

E natural, că acestei uzuri să-i opunem noui măsuri de apărare. Igiena şi asistenţa socială, recent şi biotipologia sunt armele menite să completeze arsenalul de până acum al medicinei preventive şi curative. Se înţelege dela sine că şi organizarea vieţii spitaliceşti să fie puternic influenţată de noile necesităţi.

Iohn Hartwell a fost acela, care în congresul Asociaţiei Internaţionale a Spitalelor din 1929, ţinut la Atlantic City, a cerut pentru prima dată transformarea spitalelor din institute destinate tratamentului oamenilor grav bolnavi, în Centre de Sănătate, „Health Centre". Acţiunea a fost susţinută de atunci cu multă competinţă de Alter, Grouschka, Mourier, Boudreau şi alţii.

Acesta din urmă a realizat reforme foarte interesante în cadrul spitalului din Zlin. „Casa Sănătăţii Bata". Roadele sunt impresionante. Starea sănătăţii a populaţiei s'a îmbunătăţit simţitor. In câţiva ani procentul bolnavilor asiguraţi a scăzut în mod progresiv dela 5.11 la 2.88. E drept că cheltuelile spitaliceşti s'au ridicat în urma tratamentelor mai îngrijite dela 61 la 88 coroane cehe de cap de om, dar totalul lor repartizat pe numărul asiguraţilor s'a redus la individ dela 266 la 184 coroane.

Dacă în ţările cu civilizaţie mai înaintată şi cu organizaţii sanitare mai complexe noile orientări sunt dorite, la noi ele se impun categoric. Doară în Europa România are cea mai mare mortalitate în timp ce natalitatea scade faţă de trecut. Tuberculoza, ştiţilisul, pelagra, malaria, ne mai vorbind de bolile epidemice, seceră înspăimântător dela un capăt la celălalt al ţării. Să mai vorbim de victimile paraliziei infantile, de ale tuberculozei osteoarticulare, de defectuoşi, de accidentaţii de muncă şi de invalizii de războiu care circulă printre noi schilodiţi, incomplet îngrijiţi, nereeducaţi, apăsând

din greu bugetele familiei, ale Asigurărilor Sociale şi ale Statului, sămănând deprimare şi ruină în jurul lor? Ce uşor ar fi să-i readuci în câmpul productiv al muncei şi ce puţin ar costa revalorificarea lor?

Starea aceasta nu mai poate dăinui! Trăim vremuri de mari prefaceri. Avem nevoie de toată energia poporului nostru ca să putem traversa cu bine evenimentele, care ne pot surprinde. Cei slabi vor fi striviţi. Trebue să fim tari. Siguranţa Ţării şi prosperitatea neamului o cer. Nu mai este permis ca să irosim şi să desconsiderăm capitalul biologic uman!

Care este remediul?

Reorganizarea, completarea şi armonizarea serviciului nostru sanitar în primul rând. Să-l facem corespunzător necesităţilor imperioase de azi! Avem atâtea mijloace la dispoziţie! Lucrul nu este greu. Reformele nu măresc simţitor cheltuelile. Din contra! In câţiva ani se vor înregistra economii. Exemplele vorbesc categoric. Foloasele vor fi enorme.

Să trecem la fapte! Să începem cu spitalele.

Nu este greu să rupem cătuşele ruginite ale tradiţiei noastre spitaliceşti! Noi nu avem un trecut apăsător de secole în această privinţă. Inflinţarea statului modern ne-a găsit la porţile marilor reforme sociale. Să ştergem din conştientul şi din subconştientul nostru noţiunea de „boliţă", de „Krankenhaus" şi să legăm concepţia spitalului, a „Centrului de Sănătate", de viaţă, de necesităţile ei, impuse de apărarea, de prosperarea şi de valorificarea capitalului nostru biologic şi nu de ruina noastră, de boală!

Spitalul, în vechea sa concepţie, n'a fost în stare să ne scape de ruină. Nu! In zadar am tratat şi tratăm bolnavii, dacă nu îngrijim şi de ogorul, de mediul social, pepiniera în care se produc bolile. Poate fi agricultor conştient şi raţional un om, a cărui activitate se limitează numai la corectarea boabelor de sămânţă, dar care neglijează complet terenul cultivabil? Numai în căutarea şi în recoltarea oamenilor mai practicăm acest nonsens. A dăinui pentru mai departe în acest sistem, înseamnă pentru noi direct peirea. Dovadă: ruşinoasa noastră mortalitate şi scăderea natalităţii.

In concepţia modernă, biologică, spitalul iese din izolarea sa de azi. Centrul de Sănătate rupe cu mandatul limitat numai la îngrijirea bolnavilor. Intră în contact direct cu mediul social, cu familia, cu atelierele, cu biurourile, cu strada, cu şcoala, etc., vindecând bolnavii, revalorificând defectuoşii, dând orientare profesională celor ajunşi la alegerea carierii, utilizând în acelaş timp întreaga sa va-

loare ştiinţifică şi materială pentru asanarea mediului social. In Centrul Sanitar se unifică şi se coordonează munca medicului de spital cu munca medicului igienist şi cu acea a asistenţii sociale. Activitatea este armonioasă, completă şi bine orientată.

Cum să se organizeze acest spital?

In fruntea spitalului stă directorul administrativ, stăpân pe problemele de medicină preventivă şi curativă, asistenţă socială şi biotipologie. El conduce şi coordonează din punct de vedere administrativ întreaga activitate a instituţiei. Convoacă periodic întreg personalul conducător în consiliu, în care se desbate activitatea desfăşurată în cursul ultimei perioade de lucru şi se fixează programul de muncă cea următoare. Directorul administrativ poate fi şi medic primar al unuia din servicii.

Spitalul se împarte în servicii de specialitate, din punct de vedere tehnic medical complet independente. Serviciile colaborează fără să fie subordonate între ele. Fiecare serviciu are câte o secţie biotipologică, destinată lucrărilor de valorificare a individului.

Fiecare serviciu este condus de câte un medic primar, ajutat de personalul medical şi auxiliar. Drepturile şi obligaţiunile sunt acele prevăzute în legile şi regulamentele sanitare ale statului.

Astfel organizat pe lângă activitatea spitalicească obicinuită în spitalul Centru de Sănătate se vor mai executa şi următoarele lucrări:

1. Conferinţe de popularizarea medicinei pentru luminarea şi educarea bolnavilor internaţi ori ambulanţi, la care vor putea asista atât vizitatorii lor, cât şi public din localitate, instituţia devenind adevărată şcoală de sănătate.

2. Anchete sanitare, lucrări sociale şi biotipologice în şcoli, ateliere, fabrici în anumite sectoare din localitate ori din vecinătate, etc. în strânsă legătură cu medicii igienişti, cu asistenţa socială în scop de a asana mediul social şi de a valorifica individul.

3. Lucrări de reeducarea defectuoşilor şi a invalizilor proveniţi din boli, accidente de muncă ori din războiu.

4. Cursuri de perfecţionare pentru medici.

In aceste condiţiuni întreg capitalul ştiinţific de specialitate moral şi material a spitalului se pune nu numai în slujba bolnavului izolat, dar şi în aceia a colectivităţilor din:

a) Şcoli, unde în colaborare cu medicul şcolar, cu comandanţii de străjeri şi cu restul corpului profesoral se vor tria toţi defectuoşii precum şi cei predispuşi la boli, dându-li-se din timp îngrijirile necesare pentru a-i scăpa de defectele, ce le diminuă valoarea şi îi

împiedică de a profita în plin de instrucție (vegetații, carie dentară, luxații congenitale, urmările sifilisului, ale tuberculozei, paraliziei infantile și altele).

Elevilor aflați la finea periodului de școală primară ori secundară li se vor face examene psihotehnice pentru a determina aptitudinile corespunzătoare pentru diversele meserii și profesiuni;

b) Același profit îl vor avea și întreprinderile industriale și comerciale pe seama cărora se vor executa lucrări de revalorificare a celor accidentați de muncă. Câștigul va fi însemnat, atât pentru muncitor, cât și pentru patron și pentru Asigurările Sociale. Primul se va reîntoarce cu valoarea sa refăcută în câmpul muncei, patronul va avea muncitori încercați și valizi, iar Asigurările Sociale vor realiza economii ne mai plătind daune și pensii;

c) Deosebită atenție se va da anchetelor sanitare făcute în cartierele cele mai neglijate ale orașelor și satelor. Colaborarea dintre spitalul Centru de Sănătate și dintre serviciul de higienă și de asistență socială va asigura roade însemnate. Terenul trebue curățit de ignoranță, neglijență, de boli și de defecte. Se vor organiza în legătură strânsă cu serviciul sanitar al orașului și cu organele administrative adevărate campanii de luminare și asanare. Profitul va fi mare. Numai în felul acesta se va putea curăți ogorul cel mare, mediul ambiant social, de bălăriile și de ciulinii sănătății publice.

Din sudura sufletească, din colaborarea strânsă dintre organele de poliție sanitară, Liga contra Tuberculozei, Crucea Roșie, Biserică și Straja Țării va ieși în curând asanarea situației triste de azi, care nu numai că ne desonorează, dar ne ruinează cel mai mare avut, valoarea biologică, compromițând grav puterea de vieață și de dominație a poporului român.

Să trecem la fapte!

Importanța fondurilor locale sanitare și de ocrotire.

De **Dr. Miron Crețu,**
Medicul Primar al Județului Treiscaune.

In cele ce urmează voi încerca să arăt pe scurt importanța fondurilor sanitare locale înființate prin legea sanitară și de ocrotire din 1930, apoi mă voi ocupa mai pe larg de fondul local sanitar al Județului Treiscaune, arătând ce încasări a avut dela înființare până azi și ce s'a realizat din el.

Până la Legea Sanitară din 1930, Serviciul Sanitar de județ și de circumscripții nu dispuneau nici de cele mai necesare fonduri de întreținere.

Nici nu putea fi vorba de creare de instituțiuni sanitare menite să amelioreze starea de igienă a populației rurale; nu se prevedeau nici în bugetul statului, nici în al județelor și comunelor nici o sumă de bani pentru construiri de dispensare cu locuință de medici, băi populare etc.

Sumele luate în bugetul autorităților arătate mai sus pentru nevoi sanitare erau întrebuințate aproape în totalitatea lor pentru întreținerea instituțiilor de asistență medicală, iar pentru medicina preventivă nu se da aproape nimic.

Este natural, că fără fondurile necesare nu s'a putut face mult pe terenul medicinei preventive; nimic pentru protecția mamei și copilului în mediul rural.

Circumscripțiile sanitare rurale, până în ultimii ani au fost lipsite de cele mai necesare instituțiuni, cari să ajute la promovarea stării sanitare a populației dela sate; le-au lipsit instrumentarul strict necesar pentru examinarea bolnavilor, pentru tratamentul ambulant și mijloacele necesare moderne pentru propaganda sanitară, pentru răspândirea în mediu rural a cunoștințelor de igienă individuală și colectivă, igiena locuinței, alimentației etc.

Conducătorii Ministerului Sănătății Publice din ultimii ani, nu numai, că au constatat aceste lipsuri dar au dat și fonduri din cari,

adăugându-li-se şi sume importante dela fondurile sanitare locale, s'au început în toate judeţele lucrări chemate a aduce o ameliorare în salubritatea şi în starea sanitară a satelor noastre.

Mulţumită acestor fonduri au fost construite multe dispensarii cu locuinţe de medici, înzestrate cu cele necesare şi puse în funcţiune.

In judeţul Treiscaune fondul local sanitar a avut o mare importanţă în realizările ce s'au făcut pe teren sanitar.

Văzându-se importanţa acestui fond local, nu numai, că a fost menţinut de către conducătorii Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, dar veniturile lui au fost majorate prin legea şi regulamentul înfiinţării taxelor de control sanitar, publicate în Monitorul Oficial Nr. 101/1936 şi Monitorul Oficial Nr. 285/1936.

După cum se ştie din fondul local sanitar se fac în primul rând lucrări de interes sanitar; reparaţiuni, construiri şi înzestări de dispensarii, infirmierii, băi populare etc., apoi se acoper cheltueli cu combaterea epidemiilor a bolilor sociale, cheltueli cu protecţia mamei şi copilului; se sprijinesc prin ajutoare lucrări de salubritate publică în comunele rurale.

Fondul are buget propriu, alcătuit de Consiliul de Igienă al Judeţului, aprobat de Ministerul Sănătăţii cu avizul Inspectoratului General Sanitar Regional.

E administrat de Medicul Primar de Judeţ, conform art. 520 din Codul Legislaţiei Sanitare, potrivit îndrumărilor şi sub controlul forurilor sanitare superioare.

In judeţul Treiscaune am avut un început de fond sanitar încă din anul 1928. In acest an am reuşit ca judeţul şi comunele să ia în bugetul lor câte o sumă modestă; acestea au fost centralizate la un capitol separat din bugetul Judeţului cu scopul ca din ele să se construiască dispensarii cu locuinţă de medic la sediile circumscripţiilor rurale, deoarece în judeţ nu aveam nici o singură instituţiune de acest fel.

Din sumele date pentru acest scop s'a cumpărat o clădire în Ghelinţa; clădirea era terminată numai în roşu şi a trebuit să aştepte până în anul 1932 spre a fi terminată cu bani din fondul local sanitar, care luase fiinţă legală.

Din sumele ce s'au mai adunat în modul arătat mai sus, s'a cumpărat în 1930 o Auto Ambulanţă, a cărei necesitate în judeţ nu mai e nevoe să o accentuez.

In anul 1931 ia fiinţă fondul local sanitar cu buget propriu. Totalul încasărilor în acest an, impune sumele vărsate acestui fond dela Judeţ, a fost de 493.522·— Lei.

lată cari au fost încasările an de an la acest fond:

In anul	1931	s'a încasat	Lei	493.522·—
„ „	1932—33	„ „	„	224.082·—
„ „	1933—34	„ „	„	154.338·—
„ „	1934— 35	„ „	„	314.601·—
„ „	1935—36	„ „	„	272.588·—
„ „	1936—37	„ „	„	241.809·—
„ „	1937—38	„ „ (9 luni) . .	„	592.580·—
		Total .	Lei	2.293.520·—

In această sumă intră şi subvenţia Ministerului Sănătăţii Publice de 300.000·— Lei pentru construcţii de dispensare.

Arătăm mai jos diferitele cheltueli făcute din suma de 2.293.520 Lei:

1.	Pentru clădiri, procurări, reparări, transformări şi înzestrări de dispensarii cu locuinţă de medic	Lei 1 726 252·—
2.	Transportul în institutiuni a celor muşcaţi de animale turbate, alienaţi, tuberculoşi, etc. . .	„ 110.828·—
3.	Pentru întreţinerea în spitale a bolnavilor contagioşi	„ 127.054·—
4.	Pentru combaterea bolilor acute contagioase, a bolilor sociale şi pentru procurare de materiale de propagandă sanitară	„ 87.005·—
5.	Cheltueli cu administrarea fondului (registre, imprimate)	„ 21.693·—
6.	Remuneraţie funcţionarilor pentru lucrările de administraţie a fondului	„ 15.000·—
7.	Cheltueli diverse (restituiri de sume greşit încasate, etc.)	„ 14.489·—
8.	Indemnizaţie de transport membrilor comisiei de transport a farmaciilor	„ 11.071·—
9.	Contribuţie pentru procurarea de automobil Inspectoratului General Sanitar Sibiu	„ 30.241·—
10.	Pentru protecţia mamei şi copilului	„ 2.845·—
11.	Subvenţii cantinelor şcolare	„ 1.000·—
12.	Pentru băi populare şi construcţii de fântâni publice	„ 5.218·—
13.	Pentru repararea şi întreţinerea Auto-Ambulanţei	„ 7.774·—
	Total până la 31 Decemvrie 1937 .	Lei 2.160.470·—

Să vedem ce s'a realizat din această sumă cheltuită:

1. S'a cumpărat terenul necesar şi s'a clădit şi înzestrat cu mobilier dispensarul cu locuinţă de medic în comuna Ghidfalău;

clădire din cărămidă; 5 camere şi dependinţe, baie, apaduct şi lumină electrică; suprafaţa clădită 184.7 m².

2. S'a terminat clădirea (care se găsea în roşu) a dispensarului cu locuinţă pentru medic în comuna Ghelinţa; are 9 camere, baie şi dependinţe; locuinţă şi pentru soră de ocrotire; clădirea e din lemn; suprafaţa clădită 350 m².

3. S'a clădit dispensarul cu locuinţă de medic în comuna Hăghig; 5 camere şi dependinţe, baie pentru medic, baie populară cu 5 duşuri, apaduct, lumină electrică; suprafaţa clădită 144.55 m²; clădirea din cărămidă.

4. S'a clădit dispensarul cu locuinţă pentru medic în comuna Ozun; 5 camere şi dependinţe, baie, apaduct, grajd pentru cai; suprafaţa clădită 184.7 m²; clădire din cărămidă.

5. S'a procurat terenul şi s'a clădit dispensarul cu locuinţă de medic în comuna Zagon; 5 camere şi dependinţe; apaduct, lumină electrică, baie, grajd pentru cai; clădire din cărămidă; suprafaţa clădită 184.7 m².

6. S'a clădit şi pus sub acoperiş dispensarul cu locuinţă pentru medic în comuna Covasna; clădirea are 13 camere între care pentru baie populară, duş; maternitate rurală; camere pentru soră, pentru etuvă şi pentru alte dependinţe; clădire din cărămidă; suprafaţa clădită 244.67 m².

7. Idem în comuna Micfalău.

8. S'a transformat şi reparat radical clădirea pusă la dispoziţie, pentru dispensar cu locuinţă pentru medic, de către Primărie în comuna Boroşneul-Mare.

Toate clădirile sunt prevăzute cu sobe de teracotă.

Tot din fondul acesta au fost şi înzestrate cu mobilierul necesar cele 6 dispensare terminate şi puse în funcţiune.

Din sumele cheltuite pentru combaterea bolilor contagioase, sociale şi propagandă sanitară, s'au procurat un aparat portativ de cinematograf pentru filme normale; 2 aparate de proecţiuni fixe pentru diapozitive; 6 serii de diapozitive despre bolile sociale, contagioase şi puericultură; precum şi 22 serii de diafilme despre diferite probleme sanitare, necesare la ţinerea conferinţelor la sate.

Auto Ambulanţa prevăzută cu acumulator special de 12 volţi, dă curentul electric, atât pentru cinematograf, cât şi pentru proecţiunile fixe.

Din expunerea de mai sus reiese clar, că cele mai multe sume au fost întrebuinţate pentru clădiri şi înzestrări de dispensarii şi va fi nevoie ca acest fond şi de aici înainte să se întrebuinţeze în cea

mai mare parte tot pentru astfel de construcţii, până vom reuşi ca să avem la fiecare sediu de circumscripţie un dispensar cu locuinţă pentru medic, înzestrat cu toate cele necesare examinărei bolnavilor şi tratamentului ambulant modern; de asemenea vor trebui înzestrate aceste aşezăminte cu tot materialul modern de propagandă necesar pentru răspândirea în mediul rural a cunoştinţelor de ordin igienic-sanitar.

După cum avem convingerea, că în acest judeţ fără fondul sanitar local nu se putea face nimic sau foarte puţin din cele arătate mai sus, tot astfel suntem convinşi, că mulţumită acestui fond, cu venitele sporite, în câţiva ani vom reuşi să rezolvăm cele mai urgente nevoi de care sufere serviciul nostru sanitar în circumscripţiile rurale, şi apoi an de an se vor putea da sume tot mai mari pentru o cât mai perfectă organizare sanitară indispensabilă pentru ridicarea stărei de sănătate a populaţiei noastre din comunele rurale.

Ancheta sanitară din comuna Teliu.

De **Dr. Nicolae Tompa,**
medic de circumscripție.

I. Considerațiuni generale.

Cu ocazia inspecțiilor făcute în anul curent în școalele primare și grădinița de copii, în comuna Teliu, am găsit foarte mulți copii gușați, aproximativ 1:3, iar în registrele și arhiva circumscripției n'a fost înregistrat nici un caz de gușă.

Având în vedere că mulți elevi nu frecventează regulat cursurile, fie că în timpul primăverii până în toamnă ajută părinților la câmp, fie că în timpul iernii n'au încălțămintea necesară, — este aproape imposibil de examinat în școală deodată toți copiii înscriși.

De altă parte și când reușește o examinare completă a copiilor din școală, rămân neexaminați preșcolarii, sugacii și adulții din comună.

Din acest motiv am decis examinarea populației întregi în comuna Teliu, în cadrul unei anchete sanitare, având posibilitatea de a depista cu această ocazie și cazuri necunoscute de boli sociale.

După aprobarea dlui Medic Primar Județean, am început ancheta cu ajutorul unui secretar, care a întocmit fișele de anchetă sanitară pentru fiecare familie aparte. Am ales pentru anchetă începutul iernii când locuitorii terminând lucrul câmpului, pot fi găsiți mai ușor acasă. Cu concursul preoților populația a fost lămurită asupra scopului anchetei și familiile respective au fost totdeauna anunțate cu o zi înainte. Din cauză că înainte de masă am fost ocupat la dispensar cu bolnavi flotanți și cu lucrurile de birou, pentru anchetă a rămas numai după amiaza liberă. Asemenea au fost anunțați și dnii Directori în fiecare zi asupra caselor, care vor fi vizitate, rugându-i că în ziua anunțată școlarii respectivi să rămâie după amiază acasă.

Populația dela început a dat tot concursul și a înțeles importanța anchetei sanitare, așa că în tot timpul anchetei n'am întâmpinat nici o rezistență.

O mică parte din locuitori, mai mulți bărbați, cari ocupându-se cu pădurițul, n'au fost găsiți acasă, — au fost îndrumați să se prezinte la dispensar pentru a fi examinați. Astfel m'am asigurat ca încât e posibil, nimeni să nu scape de vizita medicală.

Cu ocazia anchetei am întocmit o hartă sanitară colorată cu scara caselor 1:1000, în care sunt marcate următoarele date:

1. Din ce sunt construite casele, din cărămidă sau din lemn?
2. Fiecare casă cu încăperile respective.
3. Cu ce sunt acoperite casele, — cu țiglă sau cu șindrilă?
4. In ce stare se află casa, — bună sau rea?
5. In curte se află fântână sau nu?
6. Fântâna este simplă, cu inel de beton, sau cu pompă?
7. Unde sunt izvoare?
8. Care casă are closet?
9. Câți gușați are fiecare casă?

Ancheta sanitară a fost începută în ziua de 1 Noemvrie 1937 și executată în continuare în fiecare zi de lucru dela ora 12 până la 17. A fost terminată în ziua de 16 Decemvrie, adică am lucrat 40 zile și în total 200 de ore.

* * *

Comuna este așezată în Valea Teliu lângă șoseaua națională și calea ferată Brașov—Buzăul Ardelean și are o întindere de 8 km. în lungime dela capătul satului până la ultima casă, iar $1^1/_2$ lățime la intrarea satului, acolo unde și valea are cea mai mare lățime. Comuna este mărginită la sud, nord și est cu dealuri acoperite cu păduri, la vest este șes cu câmpuri libere, la intrarea satului având o înălțime de 630 metri deasupra nivelului mării, iar de acolo crescând prin vale treptat ușor până la ultima casă, unde și valea devine din ce în ce mai îngustă.

Localitatea este împărțită în 2 părți: comuna Teliu și Valea-Teliu. Majoritatea caselor dela Nr. 1 până la 551 sunt în Teliu, cu o populație mixtă: Români, Unguri și Țigani, — restul în Teliu Vale cu o populație mai redusă, dar pur românească.

II. Casele.

Comuna are în total 786 case. Am găsit 49 case goale, iar restul de 737 case au toate locuitori. 140 de case sunt construite din cărămidă, 646 din lemn.

383 case sunt acoperite cu țiglă, 403 cu șindrilă.

663 case sunt în stare bună, iar restul 123 în stare rea.

Aceste 786 case au în total 1783 încăperi, după cum urmează:

123	case	au	1	cameră,	total	123	camere, adică 15.6%
397	„	„	2	camere,	„	794	„ „ 50.5%
216	„	„	3	„	„	648	„ „ 27.4%
43	„	„	4	„	„	172	„ „ 5.5%
7	„	peste	4	„	„	46	„ „ 1.0%

Total 786 case au în total . . . . 1783 camere.

49 case goale au în total 105 camere nelocuite, rămânând aşa 1678 camere locuite pentru 2921 locuitori aflaţi în prezent în comună, — adică ceva mai puţin de 2 locuitori pentru 1 cameră. Această cifră convenabilă nu corespunde deloc realităţii, din cauza că în cele mai multe cazuri familiile bine situate, cu puţini copii, au multe camere, — iar de altă parte familiile sărace, cari sunt mai numeroase, cu mulţi copii, au numai 1 sau 2 camere.

III. Camere.

737 case locuite cu 1678 camere au 613 camere corespunzătoare, igienice, — adică numai 36.53%, iar restul de 1065 camere 63.47% — nu sunt corespunzătoare, sunt neigienice, multe cu podea de pământ.

Raportul între numărul membrilor familiei şi numărul încăperilor locuite este următorul:

1. La casele cari au numai o singură încăpere:

53	case	cu	1	persoană,	total	53	locuitori
22	„	„	2	persoane,	„	44	„
13	„	„	3	„	„	39	„
16	„	„	4	„	„	64	„
8	„	„	5	„	„	40	„
10	„	„	6	„	„	60	„
6	„	„	7	„	„	42	„
2	„	„	8	„	„	16	„
1	casă	„	11	„	„	11	„

Total 131 case cu . . . . . 369 locuitori

2. La casele cari au 2 încăperi:

13	case	cu	1	persoană,	total	13	locuitori
78	„	„	2	persoane,	„	156	„
62	„	„	3	„	„	186	„
62	„	„	4	„	„	248	„
46	„	„	5	„	„	230	„
41	„	„	6	„	„	246	„

18	case cu	7	persoane, total	126	locuitori
7	„ „	8	„ „	56	„
7	„ „	9	„ „	63	„
2	„ „	11	„ „	22	„
1	casă „	12	„ „	12	„
2	case „	13	„ „	26	„
1	casă „	14	„ „	14	„
Total 340	case cu	. . . . .		1398	locuitori

3. La casele cari au 3 încăperi:

10	case cu	1	persoană, total	10	locuitori
36	„ „	2	persoane, „	72	„
40	„ „	3	„ „	120	„
43	„ „	4	„ „	172	„
26	„ „	5	„ „	130	„
24	„ „	6	„ „	144	„
13	„ „	7	„ „	91	„
3	„ „	8	„ „	24	„
6	„ „	9	„ „	54	„
1	casă „	12	„ „	12	„
Total 202	case cu	. . . . .		829	locuitori

4. La casele cari au peste 3 încăperi:

3	case cu	1	persoană, total	3	locuitori
7	„ „	2	persoane, „	14	„
9	„ „	3	„ „	27	„
13	„ „	4	„ „	52	„
7	„ „	5	„ „	35	„
7	„ „	6	„ „	42	„
7	„ „	7	„ „	49	„
5	„ „	8	„ „	40	„
2	„ „	9	„ „	18	„
2	„ „	10	„ „	20	„
1	casă „	12	„ „	12	„
1	„ „	13	„ „	13	„
Total 64	case cu	. . . . .		325	locuitori

Resumativ:

In 131	case	„	1	cameră, 17.8%,	sunt	369	locuitori, adică 12.63%
„ 340	„	„	2	camere, 46 1%,	„	1398	„ „ 47.85%
„ 202	„	„	3	„ 26.4%,	„	829	„ „ 28.38%
„ 64	„	peste	3	„ 9.7%,	„	325	„ „ 11.14%
In 737	case	sunt	. . . . .			2921	locuitori.

1767 locuitori, adică 60.48% locuesc în casele care au numai 1 sau 2 camere! Dar, afară de familiile bogate şi aceşti locuitori, cari au 2 sau mai multe camere, nu locuesc împărţiţi în aceste încăperi. Din 737 case locuite numai 141, adică 18.2%, au bucătărie separată! De exemplu, o familie care are 2 camere, locueşte în cele mai multe cazuri numai într'una, care este de obicei mai mică, decât camera cealaltă nelocuită, — care este mai luminoasă, mai curată şi bine mobilată, dar unde nu este sobă. Aici doarme numai atunci un membru al familiei, când a adormit pe vecl. In camera locuită este şi soba de bucătărie, aici prepară mâncarea pentru familie şi fierbe cartofi pentru porci. Odata aceasta nu este aerisită în timpul iernii numai prin uşă, atunci când intră sau iese cineva.

IV. Cămară.

Numai 269 case au cămări separate, — 36.5%.

V. Pivniţă.

395 case au pivniţe, — 53.6%.

VI. Grajd şi şură.

Grajduri au 443 case, — 60.1%, — şuri 371, — 50.3%.

VII. Aprovizionarea cu apă.

373 case au fântâni, adică 50.9%, din care 320 sunt fântâni simple, 49 cu inel de beton şi 4 fântâni închise cu pompă. In comună mai sunt 8 izvoare necapturate şi 2 capturate.

Comuna este bine aprovizionată cu apă, având aproximativ la două case câte o fântână, — cu excepţia cartierului ţiganilor, unde la 45 case sunt numai 3 fântâni.

Adâncimea fântânilor variază între 2 până la 18 m. şi afară de timpuri secetoase, cantitatea apei este suficientă.

Prin comună trece valea Telu, în care se varsă şi mici afluenţi, a căror apă, afară de rare excepţii, locuitorii nu o întrebuinţează pentru băut, ci numai pentru vite.

Fiind foarte puţine fântâni acoperite, pot cădea în ele uşor frunze, crăci, praf, insecte etc.

VIII. Closete.

515 case au closete, 68.5%, cari sunt construite din lemn cu o groapă simplă şi care se află de obicelu în fundul curţii sau în grădină.

Cartierul ţiganilor şi o mare parte a locuitorilor din Vale n'au closete şi ei explică aceste lipsuri pe motivul, că pădurea este aproape.

IX. Platforma de gunoi şi bazin pentru must.

348 gospodării cu vite au platformă de gunoi, iar separat un bazin pentru must numai 29. — 8.4%.

Platforma de gunoi este în majoritatea cazurilor o simplă groapă mai mare şi 1/2—1 m. adâncime, unde depune gunoiul, unde se scurge şi mustul, care la fiecare ploaie abundentă se revarsă în curte şi de aici pe stradă, unde nefiind curăţite canalurile, de multeori formează mici bălţi.

X. Curţile şi grădinile.

In centrul satului curţile sunt în majoritatea cazurilor mici, casele fiind construite foarte dese. In general curţile sunt curate.

Familiile bine situate au grădini mari cu pomi fructiferi, iar cei mai săraci au grădini mici, sau deloc.

XI. Populaţia.

Cu ocazia anchetei am aflat în comună 2921 locuitori.

După statistica oficială, — numărul populaţiei la 31 Decemvrie 1930 plus excedentele anuale, — numărul locuitorilor la 1 Ianuarie 1937 este 3936! De unde provine această diferenţă de 1015 suflete?

Explicaţia este următoarea: In anul 1925 s'a început construirea pe raza teritoriului comunei, linia de calea ferată Braşov—Buzăul Ardelean, cu tunelul mare, cu care ocazie au venit în comună foarte mulţi lucrători şi specialişti, mulţi din ei şi cu familiile lor. Lucrarea a fost terminată abia în anul 1931, aşa că recensământul din anul 1930 i-a găsit pe cei mai mulţi dintre ei în comună, din cari au rămas şi azi câteva familii. Acest fapt dovedeşte şi numărul mare al născuţilor şi morţilor între anii 1925 şi 1931 faţă de alţi ani.

1. *Populaţia după sex:*

Numărul populaţiei masculine este de 1449, adică 49.3%, iar de sexul femenin 1472, adică 50.7%. Din aceste cifre reese, că în comună numărul bărbaţilor şi femeilor este aproximativ egal.

2. *Populaţia după naţionalitate:*

Români	1221, adică	41.73%
Unguri	1424, „	48.74%
Ţigani	253, „	8.60%
Evrei	10, „	0.34%
Alţii	13, „	0.59%
Total . .	2921 locuitori.	

3. Populaţia după starea materială:

Datele referitoare la starea materială le-am luat după declaraţiile capului familiei respective şi am putut constata că aceasta corespunde realităţii.

Starea materială a familiilor este bună în 278, — 37.7%, mediocră în 181, — 24.6% şi rea în 251, — 37.7%, de cazuri.

4. Populaţia după grupuri de vârstă:

Dela	0— 2	ani sunt 157,	adică	5.37%
„	3— 6	„ „ 271,	„	9.31%
„	7—15	„ „ 550,	„	18.83%
„	16—30	„ „ 661,	„	22.59%
„	31—50	„ „ 749,	„	25.64%
„	51—80	„ „ 516,	„	17.63%
„	80 în sus	„ „ 17,	„	0.63%

Total 2921 locuitori.

Sugaci sunt	157,	adică	5.37%
Preşcolari	271,	„	9.31%
Şcolari	550,	„	18.83%
Adulţi	1943,	„	66.49%

Total 2921 locuitori.

In comună sunt 978 copii (dela 0—15 ani), adică 33.51% şi 1943 adulţi, 66.49%.

XII. Ocupaţia locuitorilor.

Cea mai mare parte a locuitorilor se ocupă cu agricultura, păduritul, creşterea vitelor şi cărăuşitul, iar muncitorii se recrutează din partea populaţiei sărace.

* * *

In cele 200 ore de lucru, în care am executat ancheta sanitară, au fost examinaţi în total 2921 locuitori, pe un locuitor căzând aproximativ 4 minute. Având în vedere că am pierdut mult timp pentru întocmirea schiţei hărţii sanitare, — pentru examinarea unui locuitor a rămas abia 3 minute.

Afară de guşă, pentru care a fost fiecare locuitor examinat aparte, am dat multă atenţie boalelor molipsitoare şi bolilor sociale.

In decursul anchetei am găsit numai 3 gravi bolnavi, cari stăteau în pat. Bolnavi cu diferite boli mai uşoare au fost îndrumaţi la dispensar pentru examinare.

XIII. Bolile epidemice.

In decursul anchetei nu s'a găsit nici o boală molipsitoare.

XIV. Tuberculoză.

Locuitorii suspecți de tuberculoză după examinare au fost trimiși la sanatorul de profilaxie Tbc. în Brașov, unde au fost toți gratuit examinați la Röntgen.

Au fost descoperite 12 cazuri noi de tuberculoză, din care 11 tbc. pulmonar și 1 caz tbc. osoasă.

XV. Sifilis.

Au fost descoperite 3 cazuri noi de sifilis, din care 1 primar și 2 terțiar.

XVI. Cancer.

N'a fost descoperit nici un caz nou de tumore malignă.

XVII. Gușa.

Fiecare locuitor a fost examinat în parte asupra gușei și în total au fost descoperiți 570 gușați din 2921 locuitori, aflați în prezent în comună, adică 19.51%.

1. Gușații după sex:

Sex bărbătesc . .	171,	adică	29.82%
„ femeiesc . . .	399,	„	70.18%
Total . .	570 gușați.		

Proporția bărbaților față de femei este: 2.33 femei la 1 bărbat.

2. Gușații după naționalitate:

Români	268,	adică	47.02%
Unguri	247,	„	43.33%
Țigani	51,	„	8.94%
Alții	4,	„	0.71%
Total . .	570 gușați.		

Românii și ungurii au aproximativ aceeași număr de gușați.

*

Numărul gușaților după naționalitate raportat la numărul total al populației după naționalitate este următorul:

Din 1221 români .	sunt	268	gușați,	adică	21.95%
„ 1424 unguri .	„	247	„	„	16.66%
„ 253 țigani .	„	51	„	„	20.16%
„ 10 evrei .	„	0	„	„	0.00%
„ 13 alți . .	„	4	„	„	30.30%
Din 2921 locuitori	sunt	570	gușați.		

3. Guşaţii după grupuri de vârstă:

Dela	0— 2 ani	sunt	2 guşaţi
„	3— 6 „	„	73 „
„	7—15 „	„	191 „
„	16—50 „	„	221 „
„	50 ani în sus	„	83 „
	Total . .		570 guşaţi.

Din 570 guşaţi	2	sunt sugaci	0.35%
	73	„ preşcolari . . .	12.80%
	191	„ şcolari	33.51%
	304	„ adulţi	53.34%

4. Guşaţii după starea materială:

181	guşaţi au starea materială	bună . .	31.75%
168	„ „ „ „	mediocră	29.47%
221	„ „ „ „	rea . .	38.78%

5. Formele clinice ale guşei:

Guşele	difuze	sunt 411,	adică 72.10%
„	nodulare	„ 159,	„ 27.90%

6. Guşele după grade: [1])

Gradul	I. sunt	77 guşe	13.86%
„	II. „	331 „	58.07%
„	III. „	117 „	20.53%
„	IV. „	41 „	7.19%
„	V. „	4 „	0.35%

Se vede că cei mai mulţi guşaţi au guşa în gradul II., cifra lor fiind mai mare ca numărul total ale celorlalte grade.

7. Guşaţii şi locuinţa lor:

478	guşaţi locuesc în case	bune . . .	83.86%
92	„ „ „ „	rele	16.14%
76	„ au câte 1	cameră	13.33%
279	„ „ „ 2	camere	48.94%
165	„ „ „ 3	„	28.94%
50	„ „ peste 3	„	9.79%
173	„ „ camere	bune	30.35%
397	„ „ „	rele	69.65%

8. Guşaţii şi apa de băut:

331	guşaţi au fântâni în curtea	lor . . .	58.94%
239	„ n'au „	„ „ „ . . .	41.06%

[1]) Am înglobat în gradul I. toate guşele cu glanda perceptibilă, plată. In gradul II. bine perceptibilă la pipăire, iar deloc, sau abia vizibilă. In gradul III. unde gâtul este mărit. In gradul IV. guşele mari. In gradul V. guşele foarte mari.

Guşaţii cari n'au fântâni în curtea lor, procură apă de băut dela vecini şi numai foarte rar şi excepţional întrebuinţează apă din vale pentru băut.

Nu sunt guşaţi deloc între casele dela Nr. 264 până la Nr. 296, adică în 32 case, unde fântânile au o adâncime în general 10 până la 18 metri.

Puţin guşaţi sunt între numerele caselor 479 până la 511, în număr 14 guşaţi, unde fântânile sunt 5—10 m. adâncime.

Foarte mulţi guşaţi sunt în Valea-Teliu dela Nr. casei 661 până la Nr. 693, în număr 64 guşaţi, — numai 4 case neavând guşaţi, — unde fântânile sunt în general numai 2—5 m. adâncime.

9. Guşaţii şi ereditatea:

Din 737 familii sunt 314 guşate 42.60%.
Unul dintre părinţi este guşat în 87 cazuri 28.0%.
Ambii dintre părinţi sunt guşaţi în 9 cazuri 3.0%.
Unul sau mai mulţi fraţi sunt guşaţi în 47 cazuri 15.0%.
In familie nu sunt alţi guşaţi în 171 cazuri 54.0%.

Numărul guşaţilor în aceeaşi familie:

171	familii	54.4%	cu	1	guşat	total 171	guşaţi
73	„	23.2%	„	2	guşaţi	„ 146	„
40	„	12.7%	„	3	„	„ 120	„
20	„	6.3%	„	4	„	„ 80	„
7	„	2.2%	„	5	„	„ 35	„
3	„	1.0%	„	6	„	„ 18	„
Total 314	familii		cu			570	guşaţi

XVIII. Cretini.

Au fost descoperiţi 10 cretini, din care unul este şi surdo-mut iar 5 sunt şi guşaţi cu următoarele grade: 1 are guşă în gradul III., 3 în gradul IV. şi unul în gradul V. Toţi cretinii au starea materială rea.

XIX. Surdo-muţi.

Au fost descoperite 10 cazuri, din cari 2 au şi guşă în gradul II., unul gradul III. şi 2 gradul V. Din 10 surdo-muţi 2 au starea materială bună, 2 mediocră şi 6 rea.

XX. Orbi.

Au fost descoperiţi 4 orbi, unul cu guşă în gradul II. Toţi au starea materială rea.

XXI. Numărul total al bolnavilor.

In prezentul capitol sunt înglobaţi toţi bolnavii şi defectivii aflaţi în comună în timpul anchetei sanitare, indiferent că au fost descoperiţi cu ocazia anchetei (cap. XII.—XX.), sau sunt cazuri vechi, cunoscute şi înregistrate de mult.

Tuberculoză	26
Sifilis	10
Cancer	4
Trachom	3
Gonoree	1
Guşă	570
Cretini	10
Surdo-muţi	10
Orbi	4
Afecţiunile aparatului respirator	18
„ „ circulator	29
„ „ digestiv	13
„ „ uro-genital	6
„ cutanate (11 scabie)	19
Total	723

Dintre cei 2921 locuitori examinaţi 723 au fost găsiţi suferinzi de diferite afecţiuni, adică 24.7%, — dar nesocotind cei 570 guşaţi şi cei 24 defectivi, rămân numai 129 bolnavi, — adică 4.4%.

XXII. Concluziuni.

1. Starea generală de salubritate a comunei lasă mult de dorit, — străzile şi şanţurile nefiind curăţite, aşa că noroiul şi praful variază după anotimp!

2. Igiena generală a locuitorilor şi locuinţelor este insuficientă şi are nevoe de o propagandă intensă pentru îndreptarea acestor lipsuri.

3. Bolile sociale nu fac mari ravagii în comună, dar o mare parte din populaţie este atinsă de guşă şi pentru combaterea acestei boli este absolut necesar ca toată populaţia să fie aprovizionată cu sare iodată, — nu numai bolnavii atinşi de această boală, în mod profilactic şi ceilalţi în prezent sănătoşi.

4. Comuna este reşedinţă a circumscripţiei sanitare, dar nu are farmacie! Cea mai apropiată este în Prejmer, 8 km. depărtare dela centrul comunei şi 16 km. dela Valea-Teliu, ceeace însemnează că

locuitorii din Vale trebuesc să facă un drum de 32 km. pentru un simplu purgativ.

5. Comuna are absolută nevoe de o soră de ocrotire, pentru combaterea mortalităţii infantile. Comuna având o întindere de 8 km. pentru o singură moaşe este aproape imposibil ca să administreze vaccinul B. C. G., să asiste în mod conştiincios la naşteri, să îngrijească lăuzele şi în acelaş timp să se ocupe şi cu puericultura.

Am primit la redacţie **„Revista Română de Urologie şi „Raport şi Informaţiuni"** despre al VI-lea Congres Român de Urologie. Ambele publicaţiuni redau complet în condiţii tehnice impecabile, rapoartele, comunicările şi discuţiile cari au făcut obiectul celui de al VI-lea Congres Român de Urologie, ţinut la Bucureşti dela 14 la 16 Noemvrie 1937, sub preşedinţia dlui Prof. N. Hortolomei. Aceste congrese ce se ţin cel puţin odată la 2 ani, sunt manifestări cari impun şi ridică ştiinţa medicală română, punând-o alături de marile şcoli medicale ale lumii.

Congresul a început cu raportul *„Dinamica căilor urinare inferioare"* susţinut de *dnii Prof. Hortolemei, Gh. Cojan, Th. Burghele, Al. Streja.* Acest raport este partea II-a a altei lucrări, a cărei primă parte a fost consacrată studiului dinamicei căilor urinare superioare, la Congresul din anul 1935. In partea I-a este expusă dinamica normală a căilor urinare inferioare, — iar în partea II-a cauzele cari turbură această dinamică. Capitolul I. rezumă cunoştinţele actuale despre formaţiunile musculare cari iau parte la evacuarea urinei în căile urinare inferioare. Capitolul II. precizează noţiunea despre tomusul muşchilor netezi a vezicei. In capitolul al III-lea este redată amplu fiziologia inervaţiei vezicale, iar cel de al IV-lea capitol se ocupă cu partea formocologică a vezicei. In a II-a, dinamica patologică, raportorii după ce expun într'un capitol special fizio-patologia marilor sindrome vezicale; pollakiuria, retenţia şi incontinenţa, împart materia în 4 mari capitole, tratând pe larg fizio-patologia şi aspectul clinic al turburărilor de evacuare.

Dl Mircea K. Constantinescu susţine raportul *„vezica urinară la femeie"*. La început se insistă asupra posibilităţilor reciproce cari pot influenţa vezica, uterul şi anexele.

Dl raportor expune mai departe în capitole succesive influenţele de ordin mecanic şi static a uterului şi anexelor asupra vezicei urinare; influenţele leziunilor inflamatorii utero-anexiale şi termină cu un capitol asupra tumorilor, insistând mai pe larg asupra cancerului colului uterin. Toate capitolele acestui raport sunt ilustrate cu numeroase observaţiuni clinice, examene cistoscopice şi tehnică operatorie. La discuţie iau parte dnii Docent L. Strominger, Dr. D. D. Zanne, Agregat Gh. Marinescu, Mircea K. Constantinescu şi Prof. N. Hortolomei.

Dl Prof. Dr. Ţeposu, I. Danicico şi P. Bruda susţin raportul; *„Litiaza urinară şi repartiţia ei geografică în România cu consideraţiuni clinice şi terapeutice asupra litiazei reno-ureterale"*. Acest raport se bazează pe o statistică colectivă de 1943 cazuri urinare operate în 28 servicii de urologie şi chirurgie generală din România. Frecvenţa calculozei în mediul urban este de 17·2 pentru 100.000 locuitori şi de 6·2 pentru acelaş număr în mediul rural. Predomină sexul masculin cu 4 : 1 faţă de sexul femenin. Cifra aceasta concordă cu a altor autori. Agricultorii şi lucrătorii — locuitori rurali — cei mai mulţi în ţara noastră dau un contingent de 6·9 la 100.000 locuitori, pe când intelectualii, comercianţii şi industriaşii, locuitori urbani, dau un contingent cu mult mai ridicat 12·5 pentru 100.000 locuitori. După vârsta dela 21—30 ani dau 34·5%, dela 31—40 cu 15·4%, apoi etatea de 0—10 ani cu 13·8%. O altă constatare este că în prima decadă a vieţii, predomină calculoza vezicală în proporţie de 90% faţă de 5—10% de litiază renală — pe când la adult predomină calculoza renală. Repartizând calculii după diferitele segmente a aparatului urinar, vezica se prezintă cu 50·1%, rinichii 34·5%, ureterele 5·7%, uretra 6·9% şi prostata 0·9%. Compoziţia chimică a calculilor dau 31·3% uraţi, 28% fosfaţi şi carbonaţi, 16% oxalaţii şi 24·2% calculoză mixtă. Regiunile Cluj, Turda, Ilfov, Arad, etc. pot fi considerate ca vezitabile re-

giuni litogene, pe când în alte regiuni se află puține cazuri sporadice. Raportul este completat cu o serie de considerațiuni clinice și terapeutice asupra litiazei renoureterale. La discuție iau parte dnii Agregat Gh. Marinescu (București) și Prof. Hortolomei (București).

Comunicări fac dnii Prof. Hortolomei, Ph. Burghele, Aurel Iuliu, Bazagiu, Agregat Marinescu, Popescu Buzeu și Constantinescu, I. Mihalovici, P. Bruda și Ion Popa etc.

Dr. I. Matinca,

Dr. I. Prodescu: **„Paludism, complicații organice, tratament".** Edit. Tipografia „Ulturul", București.

Confratele Dr. I. Prodescu, care prin natura serviciului ce îndeplinește într'o regiune paludică — pe malul Dunării și al Mării noastre — timp de mai mulți ani a studiat problema paludismului, dând la lumina tiparului o lucrare completă.

După ce a consultat peste 60 de autori, români și streini și după multe și migăloase cercetări urmărind ani de-a-rândul diferite cazuri, făcând studii epidemiologice, într'un volum de 180 pagini descrie paludismul din toate punctele de vedere.

Mai întâiu face câteva considerațiuni de ordin istoric, insistă asupra etiologiei și patogeniei, de asemenea și asupra diferitelor metode de diagnostic și analize de laborator. Descrie toate formele clinice și diferitele faze ale maladiei făcând în același timp considerațiuni epidemiologice. Studiază paludismul congenital, la copil și paludismul și sarcina.

Pune la punct sistematic complicațiile organice: psihice, meningeale, nervoase, oculare, pulmonare, cardiace, coma paludică, sindroamele hemoragipare, icterice, splenomegalice; complicațiile gastro-intestinale, renale etc.

Acțiunea farmaco-dinamică a diferitelor medicamente și modul lor de administrare în toate fazele maladiei sunt foarte bine și clar descrise.

In concluziuni autorul în lucrarea de mai sus pune la punct problema actuală a paludismului sub toate formele și din toate punctele de vedere și cred că este de un real folos pentru oricare medic, dar mai ales pentru medicii Igien'ști.

Dr. A. Cristian.

Note de terapeutică.

Bassiakos: **Octinum în terapia îmbolnăvirilor gastro-intestinale acute ale copiilor.** (Iatriki Chronika, Mai 1937, pag. 375/82).

Autorul relatează despre 27 cazuri — disenterie (9), îmbolnăviri gastro-intestinale, trofice sau infecțioase, acute (16) și colici ombilicale (2) — în care s'a administrat pe cale bucală Octinum lichid (de 3 ori pe zi 5—15 picături după etate și cazul respectiv). La copiii disenterici, Octinum s'a dovedit a fi unul din cele mai bune medicamente împotriva tenesmului. Efectul s'a trădat chiar după 20—30 minute prin încetarea durerilor abdominale și calmarea copiilor; poșta s'a ameliorat și sângele în evacuațiunile intestinale a regresat. In cazuri de turburări alimentare acute, copiii au arătat după 2—3 doze de Octinum un aspect cu totul nou. In colicile ombilicale medicamentul suprimă imediat spasmul intestinal.

Kubat și Mahler: **Spasmoliza și stimularea peristalticei a intestinului gros.** (Contribuțiuni la combaterea ocluziilor intestinale neclare). (Medizinische Klinik, 1936, Nr. 7, pag. 213/15).

Medicamentele injectabile cu acțiune asupra peristalticei, acționează foarte prompt însă pe de altă parte, provoacă

dureri şi măresc inconvenientele. Da aceea ele se întrebuinţează numai rar. Autorii au obţinut cele mai bune rezultate, administrând preparate antispasmodice (de ex. Octinum „Knoll") concomitent cu preparate cu efect asupra peristalticei. Numai rareori autorii au constatat diminuarea efectului asupra peristalticei. Procedând în aşa fel, efectele secundare ale medicamentelor peristaltice s'au putut reduce considerabil. Aceste combinaţiuni cu administrare parenterală, se recomandă la retenţii neclare ale scaunelor, mai ales la ocluzii intestinale (dacă nu se cere imediat operaţia). Această metodă are mai departe avantajul de a nu voala niciodată tabloul maladiei cu privire la diagnoză.

Jiatajanas: **Terapia spasmului fibrelor musculare netede.** (Elleniki Iatriki, Iulie 1937, pag. 667/672).

Autorul a experimentat cu succes excelent noul antispasmodic, sintetic şi liber de alcaloizi, Octinum, în numeroase cazuri, ca de ex.: în constipaţia spastică, colita spastică, spasmul cardiac, hipertensiunea paroxistică, crizele pseudostenocardice, astmul bronşic cronic cu emfizem pulmonar, etc. După administrarea bucală şi subcutanată, preparatul s'a suportat foarte bine. Chiar după administrări îndelungate nu s'au constatat niciodată efecte secundare, cum se observă de pildă după preparate cu beladonă şi după morfină. După autor, Octinum ocupă un loc de frunte în combaterea spasmelor musculaturii netede.

Zaki: **Tratamentul nou al reumatismului, hipertoniei şi anginei pectorale prin Rhodan-Calcium-Diuretina „Knoll".** (The Journal of the Egyptian Medical Association, 1938, Nr. 9, pag. 536/38).

Administrând Rhodan-Calcium-Diuretina (ocazional asociată cu salicilat) în reumatism (27 cazuri), autorul a observat un efect analgetic şi sedativ rapid şi o puternică acţiune diuretică. Rezultate surprinzător de bune, atât subiectiv, cât şi obiectiv, s'au obţinut în hipertensiune, unde în afară de regim strict şi linişte, s'a aplicat numai Rhodan-Calcium-Diuretina. In angina pectorală a fost posibil să se obţină cu Rhodan-Calcium-Diuretina o ameliorare treptată şi în fine (după un tratament de 3 săptămâni de zile) înlăturarea tuturor simptomelor. In astm, administrarea combinată cu efedrină a dat rezultate favorabile.

Nagel: **Octinum în crizele gastrice.** (Wiener klinische Wochenschrift, 1937, Nr. 3, S. 93).

Autorul relatează despre mai multe cazuri de crize gastrice, în cari Octinum „Knoll" s'a întrebuinţat cu succes excelent. Prin injecţia intravenoasă a produsului, crizele s'au putut suprima prompt. Accese cari se manifestează din când în când s'au putut evita prin administrarea bucală a Octinului. Autorul crede că în vederea acţiunei antispasmodice excelente a Octinului, nu trebue să luăm în consideraţie hipertensiunea care se poate produce după injecţia intravenoasă a produsului, mai ales că prin această medicaţie se poate evita morfina. Trebue să ne lipsim de injecţia intravenoasă a Octinului în turburările vasculare progresive, înainte de toate ale vaselor coronariene. In astfel de cazuri autorul recomandă aplicarea pe cale bucală sau subcutanată.

Georges: **Despre tratamentul colicei nefretice.** (Le Scalpel, 1937, Nr. 45, pag. 1565/68).

In tratamentul colicei nefretice autorul preferă, în loc de opiacee, medicamente din felul Octinului, care este liber de alcaloizi, cu toxicitate foarte mică şi de aceea cu efect analgetic mai îndelungat. La nefrolitiază s'au putut suprima durerile cu 2 injecţii subcutanate de Octinum (în interval de 3 ore); după 3 zile s'a eliminat un calcul mic. Executarea cistoscopiei se poate accelera considerabil prin Octinum. Şi în hidronefroză s'a obţinut cu Octinum o suprimare completă a durerilor.

Bojanoff: **Observaţii clinice despre tratamentul tusei la tuberculoşi.** (Bulgarska Klinika, anul VIII, Nr. 10, 1936).

Autorul raportează despre experienţele sale cu Dicodid ca medicament pentru calmarea iritaţiei tusigene în mai mult decât 100 cazuri de tuberculoză pulmonară. In 61 cazuri era vorba de intervenţii operatorii (pneumotorace, toracocaustii, toracocenteze, toracoscopii şi frenicoexerezii). In celelalte cazuri s'a întrebuinţat Dicodid, fiindcă cu celelalte medicamente contra tusei nu s'a obţinut nici un efect sau numai un succes neînsemnat. Efectul Dicodidului (de 3 ori pe zi 1 tabletă à 0,005 gr.) s'a putut constata chiar 5—10 minute după administrarea medicamentului şi a durat 4—8 ore. După cum se pare, expectoraţia se accelerează considerabil prin Dicodid. Nu s'a observat obişnuinţă în cazurile tratate. Preparatul nu cauzează constipaţie şi nu influenţează centrul respirator, ceea ce constitue un avantaj deosebit.

Fernandez: **Narcoza de bază în chirurgie.** (L'Attualità Medica, anul II, 1937).

Autorul a încercat timp de 2 ani de zile Dilaudid respective Dilaudid-Scopolamină pe aproximativ 400 operaţii, obţinând cele mai bune rezultate. Pentru anestezia locoregională necesităm în general o singură injecţie subcutanată de Dilaudid-Scopolamină, aplicând-o cu o oră înaintea operaţiei. Când era vorba de intervenţii mai mari şi mai îndelungate, s'a injectat cu 10 minute înaintea operaţiei încă o fiolă de Dilaudid simplu. Pe această cale s'au putut executa operaţii de tot felul în anestezia locală (la nevoie cu ajutorul unei cantităţi minime de eter. Dilaudid s'a suportat întotdeauna foarte bine. In contrast cu celelalte opiacee, Dilaudidul influenţează peristaltica numai foarte puţin.

Studiul reticulocitozei şi tratamentul diareelor toxice în tuberculoză. De *Dr. E. Gaubatz* şi *W. Deboben.* (Dela sanatoriul de tuberculoşi din Heidelberg-Rohrbach. Director Docent Dr. W. Schmidt). Klinische Wochensch. 1937, Nr. 33, Pag. 1148.

Vitamina D liposolubilă (Vigantol) produce o revărsare de reticulocite din măduva osoasă. După cum au putut constata autorii, în tuberculoză pulmonară nu este posibil ca turburarea rezorbţiei vitaminei D şi în consecinţă o lipsă a reticulocitozei să fie pusă pe seama unei tuberculoze intestinale secundare incipiente.

Administrarea vitaminei D permite însă un diagnostic diferenţial între diareele persistente pur toxice şi o tuberculoză intestinală existentă. Diareele toxice sunt influenţate relativ repede prin vitamina D în mod favorabil, în timp ce diareea enteritei-tuberculoase recidivează mereu. Autorii au întrebuinţat preparatul Detavit, care pe lângă vitamină D conţine şi vitamina A şi au obţinut un succes foarte rapid şi persistent în diareele toxice ale tuberculoşilor pulmonari, chiar în cazurile în care astringentele şi chiar şi tinctura de opiu, au eşuat.

Contribuţiuni la tratamentul hipertiroidei cu Vogan, de *Dr. K. Voit.* (Dela secţiunea medicală a spitalului comunal din Solingen, med. şef Prof. K. Voit). Münchner med. Wochenschrift 1934, Nr. 41, pag. 1619.

După ce s'au făcut diferite comunicate despre experienţele favorabile ale tratamentului cu Vogan în hipertiroidii, autorul publică experienţele sale proprii în acest domeniu.

Din 14 bolnavi pe cari i-a tratat în clinică cu Vogan, succesul a fost net în 6 cazuri (ameliorarea stării subiective, scăderea metabolismului bazal, o creştere în greutate impresionantă). La acestea se adaugă alte 2 cazuri tratate ambulatoriu şi cari au fost de asemenea influenţate în mod favorabil. Intre cazurile negative trei sunt menţionate în mod special, fiind vorba de Basedow iodic sau de tireotoxicoză înrăutăţite în urma tratamentului cu iod.

Cât priveşte persoanele la care acest tratament a eşuat autorul menţionează posibilitatea diferenţelor regionale în influenţarea terapeutică şi simptomelor maladiei lui Basedow.

Se recomandă tratamentul cu Vogan pentru numeroasele sale succese şi absoluta lui inocuitate, în cazuri uşoare şi de gravitate mijlocie.

Despre origina Cloasmei gravidice sau uterine, prevenirea şi combaterea ei. De *Dr. H. Hruszek, Reutlingen.* München mediz. Wochenschrift, 1937, Nr. 34, pag. 1336.

In ultimii ani autorul a putut deseori constata că gravide, care de obiceiu aveau o alimentaţie bogată în vitamina C nu prezentau de cele mai multe ori deloc sau numai o foarte uşoară cloasmă gravidică, pe când femei cu alimentaţie săracă în vitamina C prezentau foarte des sau aproape în general o asemenea cloasmă.

Pe baza acestei observaţiuni autorul înclină să creadă că cloasma gravidelor nu mai trebue să fie considerată ca semn al unei sarcini normale, ci un simptom al unei hipovitaminoze C survenită, înaintea sau în timpul sarcinei.

In consecinţă, se va recomanda tuturor gravidelor o alimentaţie bogată în vitamina C, iar în cazurile în care totuşi apar simptome de carenţă în vitamina C, să se administreze vitamina C sintetică, de ex. sub formă de Cebion.

Administrarea injectabilă este de preferat. Totdeodată autorul mai recomandă pentru tratamentul unei cloasme gravidice existente, una din obicinuitele metode descuamative, singură sau în combinaţiune cu vitamina C administrată în cantităţi mari pe cale bucală sau injectabilă. Mai eficace decât tratamentul este însă profilaxia.

Contribuţiuni la diagnosticul radiologic al veziculei biliare. De *Dr. R. Prèvôt*, dela clinica I medicală a universităţii hanseatice (Director: Prof. H. A. Berg) şi al institutului radiologic al spitalului universităţii Eppendorf (medic şef: Dr. R. Prèvôt) Röntgenpraxis 1937 Octomvrie. Fasc. 10, Pag. 689.

Rezultate bune, cu cholecistografia se obţin abia după ce s'a învăţat scopia tangenţială a veziculei biliare la bolnavul în picioare şi culcat sub o „rotaţie continuă" (fliessende-Rotation) şi cercetarea şi fotografierea conţinutului opac sub diferite grade de compresiune.

Posibilităţile diagnostice depind foarte mult de gradul de umplere sau concentraţiune al substanţei opace în vezicula biliară. In marea majoritate a cazurilor autorul întrebuinţează „*Oral - Tetragnost „Merck*".

S'a renunţat la golirea prealabilă a veziculei prin Hipophisină sau gălbenuşuri de ou. Pacienţii primesc seara la ora 7 un prânz oarecum sărac în grăsimi, dar bogat în hidraţi de cărbune şi carne, iar imediat după aceasta Oral-Tetragnostul. Pentru o mai bună tolerabilitate se adaugă 10—15 picături din soluţia obicinuită de atropină în soluţia de Tetragnost. Examenul radioscopic şi radiografic are loc cam după 14 ore dela ingerarea medicamentului. Inainte de aceasta se îndepărtează resturile de substanţă opacă, excrementele şi gazele din colon, printr'o clismă abundentă. Autorul descrie amănunţit tehnica radioscopiei şi radiografiei, în diferite poziţii ale corpului şi ilustrează cu 9 clişee, bunele rezultate obţinute cu metoda descrisă.

Tratamentul ambulatoriu al lupusului vulgar. De *Dr. G. Hopf*, dela clinica dermatologică şi policlinica universităţii hanseatice (Director: Prof. Dr. Mulzer). Zeitschrift für Tuberkulose, 1937, Vol. 77, Fasc. 4, Pag. 269.

Autorul referă despre rezultatele favorabile în tratamentul conservativ al lupusului vulgar cu dieta, eritem solar şi fricţiuni locale cu Ektebin (pomadă). După 3—4—6 săptămâni de dietă pregătitoare se institue mai întâiu tratamentul local cu iradiaţiuni solare local, cu şedinţe repetate din 7 în 7 zile. Cu cât procesele sunt mai acute şi mai inflamatorii cu atât tratamentul solar va fi mai lung şi cu atât mai târziu se va începe cura de Ektebin. La focare torpide cura de Ektebin poate fi începută imediat. Pentru aceasta se va

frictiona local timp de 2—5 minute pomada de Ektebin. In ziua următoare apare de cele mai multe ori o reacțiune mai mult ori mai puțin puternică; după dispariția acestei reacțiuni se va reîncepe tratamentul cu eriteme solare.

Din 32 cazuri, care au suferit acest tratament combinat cu dietă, iradiațiuni solare și Ektebin, 9 s'au vindecat complet, 13 sunt vindecați din punct de vedere practic, iar 10 sunt încă în tratament. Durata lungă a tratamentului nu constitue un desavantaj deoarece bolnavii și-au putut vedea de ocupațiunile lor în timpul tratamentului ambulatoriu.

Dr. I. Matinca.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

A) Conferinţe.

In cadrele cursurilor Universităţii populare de sub egida Astrei, au ţinut conferinţe cu subiect medical domnii:

Dr. Liviu Ionaşiu, *în ziua de Luni, 31 Ianuarie 1938, despre „Tuberculoză" (cu proiecţiuni).*

Dr. I. Stoichiţia, *Mercuri în 2 Febr. 1938, despre „Ingrijirea copiilor mici" (cu proiecţiuni).*

Dr. Gh. Preda, *Luni în 7 Febr. 1938, despre „Igiena şi profilaxia mintală" şi*

Dr. C. Lungu, *Mercuri în 9 Febr., 1938, despre „Foloasele unui dispensar neuro-psihiatric".*

La căminul cultural *al Fundaţiilor Regale din comuna* Porceşti, *Jud. Sibiu, au ţinut conferinţe domnii:* Dr. I. Stoichiţia, Dr. Liviu Ionaşiu, Dr. I. Cosma şi Dr. Popescu-Sibiu, *despre subiecte din domeniul problemelor medico-sociale.*

La cursurile Şcolii superioare ţărăneşti *de sub egida Astrei din Sibiu, au ţinut conferinţe domnii:* Dr. I. Cosma, Dr. Liviu Ionaşiu şi Dr. C. Lungu.

B) Anchete medico-sociale.

a) Anchete şcolare.

Echipa de medici compusă din d-nii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Liviu Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. I. Gheorghiu, Dr. Popescu Ştefan, Dr. C. Banu, Dr. I. Matinca, Dr. Schultz, D-na Dr. Armeanu şi D-ra M. Manta, a executat în zilele de 14, 16 şi 19 Febr., a. c., o minuţioasă anchetă şcolară la Institutul din Castelul „Turnu Roşu" şi la şcoala primară din comuna Boiţa. Cu aceasta ocaziune s'au examinat în total 385 elevi şi eleve din toate punctele de vedere, constatările înregistrându-se în tot atâtea fişe sanitare individuale. Pe lângă examenul clinic de specialitate s'a mai făcut fiecărui elev şi reacţia „Pirquet" cu tuberculină şi examenul radiologic al toracelui.

b) Depistarea tuberculozei.

Paralel cu acţiunea întreprinsă în cadrele anchetelor medico-şcolare, o echipă mai restrânsă compusă din d-nii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. Ştefan Popescu şi D-ra M. Manta *căutând a depista cazurile de tuberculoză din mediul rural, execută o serie de radioscopii în diferitele comune din cuprinsul Judeţului Sibiu.*

In intervalul dela 1 Ian. şi până la 15 Martie 1938, s'au executat următoarele examinări:

8 Ianuarie în comuna Sălişte 120 radioscopii.
13 Ianuarie 90 radioscopii.
14 „ 96 „
17 „ 109 „
20 „ 67 „
21 „ 126 „
22 „ 45 „
3 Febr. 114 „
7 „ în comuna Galeş 78 de radioscopii.
10 Februarie 91 radioscopii.

12 Februarie în comuna Tilişca 199 radioscopii.

17 Februarie 125 radioscopii.

19 „ 119 „

21 „ 59 „

26 „ în comuna Vale 135 radioscopii.

3 Martie în comuna Tălmaciu Romîno-Fir 119 radioscopii.

4 Martie 154 radioscopii.

5 „ 153 „

7 „ 214 „

10 „ 185 „

11 „ 77 „

12 „ şcoala primară 170 radioscopii.

In total s'au executat în decurs de 22 zile de deplasare 2655 radioscopii. Din aceste radioscopii 1583 s'au executat prin aparatul fix dela Casa de ocrotire „Regele Carol al II-lea" din Sălişte, iar 1072 radioscopii prin aparatul mobil pus la dispoziţia noastră de către Liga Naţională în contra Tuberculozei.

C) Activitate administrativă.

In ziua de 11 Ianuarie s'a ţinut la Inspectoratul General Sanitar Sibiu, şedinţa ordinară a Consiliului Colegiului Medicilor din Sibiu, ocupându-se şi rezolvind problemele care interesează viaţa profesională.

In ziua de 23 Febr. 1938, a avut loc şedinţa plenară a Colegiului şi a Asociaţiei Generale a medicilor din Sibiu. In această şedinţă s'a fixat programul de activitate al Colegiului şi Asociaţiei pentru anul în curs; sau comunicat ordinele şi circulările sosite dela centru şi dela Minister şi s'au luat hotărâri importante privitoare la revizuirea diplomelor din străinătate.

In ziua de 4 Martie, toţi medicii şi farmaciştii din oraşul şi Judeţul Sibiu, care nu sunt funcţionari publici, au depus jurământul de credinţă pe noua Constituţie în faţa dlui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia.

is.

Comunicări, dispoziţiuni şi diferite ordine dela Minister sau Comitetul Executiv al Colegiilor medicale.

1. Ordinul Nr. 207/1937 al Comitetului Executiv către Preşedinţii filialelor Judeţene:

Domnule Preşedinte,

In urma intervenţiei perseverente a Comitetului Executiv al Colegiilor Medicilor prin Consiliul Sanitar Superior s'a parvenit a se înfrâna acţiunea nefastă şi dăunătoare îngrijirilor sănătăţii publice prin diferitele practici ale magiei, ocultismului sau ştiinţifico-metapsihice.

Prin Jurnalul Consiliului de Miniştri şi prin adresa Ministerului Sănătăţii şi Ocrot. Sociale Nr. 119.876/937, care ne precizează interzicerea acestor practici, ce contravin legii sanitare constituind o practică ilicită a medicinei şi ca atare urmează a fi sancţionate potrivit art. 172 şi 164 din Legea Sanitară.

Vă rugăm deci ca în conformitate cu dispoziţia M. S. O. S. mai sus indicată şi conform susmenţionatului Jurnal al Consiliului de Miniştri (publicat în Monitorul Oficial Nr. 75.936) a supraveghea exacta îndeplinire a dispoziţiunilor legii şi a oricăror publicaţiuni sau manifestări de acest fel să le reprimaţi prin parchetul local aşa cum prevede art. 172 din legea sanitară şi aşa cum Colegiul Medicilor din Ilfov a început a acţiona.

Primiţi Vă rugăm, Domnule Preşedinte expresiunea distinsei noastre consideraţiuni.

Preşedinte:
ss. *Dr. N. Minovici.*

2. Copie: după ordinul circular cu Nr. 96.132 din 22 Octomvrie 1937 al Ministerului comunicat Inspectoratelor Generale Sanitare.

Domnule Inspector General,

Ministerul a fost informat că unii medici invocând motivul că sunt prea mult ocupaţi, îngădue, sau chiar dau însărcinări perso-

nalului sanitar auxiliar, de a aplica bolnavilor care-i au în îngrijire diferite tratamente medicale, printre cari şi facerea de injecţiuni cu diverse seruri, fapt care neapărat este împotriva prevederilor art. 152 şi următorii din legea sanitară.

Cum în conformitate cu dispoziţiunile art. 63 şi 80 din legea susmenţionată, oficianţii şi agenţii sanitari sunt organe auxiliare, la îndemâna medicilor, în ceea ce priveşte facerea controlului şi executarea măsurilor în domeniul salubrităţii publice, al profilaxiei boalelor infecţioase, al igienei alimentare şi al igienei locuinţelor etc., aceştia nu pot fi întrebuinţaţi şi nu trebue să li se permită, sub nici un chip, să facă tratamente medicale şi injecţiuni etc., nici chiar sub controlul direct al medicilor, de oarece pe lângă că s'ar expune la sancţiuni, dar prin tratamentele medicale şi injecţiunile pe care personalul sanitar auxiliar le-ar mai face şi fără ştirea şi supravegherea medicilor, ar putea da naştere prin empirismul cu care ei ar proceda la infecţiuni şi boale datorite neglijenţei şi neştiinţei.

Faţă de cele arătate, Vă rugăm să binevoiţi a dispune ca serviciile exterioare să ia severe măsuri restrictive, de a nu se mai îngădui personalului sanitar auxiliar, să facă tratamente medicale, injecţiuni etc., ce intră în atribuţiunile numai ale medicilor, iar nu şi ale oficianţilor şi agenţilor sanitari etc., cari urmează deci să fie cu desăvârşire opriţi dela atari îndeletniciri, interzise prin art. 152, 150, 162, 163 etc., din legea sanitară, celor fără dreptul de liberă practică a medicinei şi sancţionate conform art. 164 din aceeaşi lege.

p. Ministru:
ss. *Dr. Oct. Puşcariu.*

3. Ordinul Nr. 146/1937 al Comitetului executiv central către Preşedinţii filialelor judeţene.

Domnule Preşedinte,

Ministerul Sănătăţii sesizat de înmulţirea sinuciderilor cu hipnotice şi somnifere, a publicat în Monitorul Oficial Nr. 153 din 7/VII. 1937. Decizia Nr. 4270/937, prin care aduce la cunoştinţa tuturor medicilor, vânzarea pe viitor a hipnoticelor şi somniferelor.

Odată cu aceasta, vă rugăm să binevoiţi a dispune să se aducă această decizie la cunoştinţă tuturor membrilor Colegiului Dvs. spre a lua cunoştinţă de ea.

Primiţi Domnule Preşedinte, asigurarea deosebitei noastre consideraţiuni.

Preşedinte:
ss. *N. Minovici.*

4. Copie: de pe adresa Ministerului Sănătății, Direcția Sănătății, Serv. Igienei Nr. 145.264 din 9 Martie 1937.

Domnule Președinte,

Practica medicinei, dentisticei și moșitului în țară, necesită un control cât mai sistematic și care trebue să fie exercitat încontinuu în toate orașele și satele noastre. Ministerul este adeseaori sesizat fie de cazuri privitoare la practica ilicită, fie de acelea cari se referă la greșeli profesionale, călcare a regulilor deontologice sau reclamă incompatibilă cu demnitatea profesiunei.

Cu toate acestea se poate afirma cu siguranță, că o mare parte din cazurile cari cad sub prevederile legale, apărătoare practicei medicale și ale demnității profesionale, scapă controlului organelor subalterne ale Ministerului. Pentru acest motiv credem necesar că secțiunile județene ale Colegiului Medicilor, să-și intensifice activitatea sa de control în localitățile și regiunile lor respective, într'un mod care să asigure nu numai înregistrarea plângerilor ce eventual li s'ar aduce la cunoștință, ci și descoperirea și prevenirea lor.

In acest scop avem onoare a Vă ruga să binevoiți a da dispozițiunile ce veți crede de cuviință în vederea instituirei în sânul fiecărei Secțiuni Județene a Colegiilor Medicale, a unor organe sau elemente, care să fie special însărcinate cu depistarea cazurilor ce cad sub prevederile legale, având misiunea de a descoperi și cerceta la cunoștința Colegiului și Ministerului.

In acest chip prin o acțiune continuă, Colegiile Medicale ar putea îndeplini o adevărată operă de profilaxie și de prevenire în domeniul practicei ilicite a Medicinei și în tot ce privește apărarea demnității profesionale.

Această acțiune a Colegiului Medical ar urma să se exercite în următoarele direcțiuni:

1. *In urmărirea practicei medicale ilegale.* Controlul exercitat din acest punct de vedere, trebue să se refere nu numai la cazurile prevăzute de art. 152 al Legii sanitare, privitor la autorizația liberei practici și la înscrierea în Colegiu, ci și la cazurile prevăzute de art. 300, 301, 304 privitoare la bolile venerice și cele prevăzute la art. 353 al Legii în ce privește practica medicală de către farmaciști.

2. *In urmărirea practicei medicale a specialităților.* La acest capitol controlul trebue să urmărească numeroasele cazuri de practică a specialităților medicale, pe baza art. 156 a legii sanitare, sesizându-se Ministerul ori de câteori se constată o călcare a legii.

în această direcţiune dacă s'ar putea obţine dela toate secţiunile Colegiului Medicilor o acţiune bazată pe iniţiativă proprie care va face aplicabile textele Legii, credem că prestigiul profesiunei şi al Corpului Medical ar fi pretutindeni în ţară, menţinut la nivelul dorit de legiuitor.

Ministru:
ss. *Dr. I. Costinescu.*

5. Ministerul de Justiţie, Carol al II-lea.

Prin graţia lui Dumnezeu şi voinţa naţională, Rege al României
La toţi de faţă şi viitor, sănătate:

Asupra raportului Preşedintelui Consiliului Nostru de Miniştri şi Ministrului Nostru secretar de Stat ad-interim la Departamentul Justiţiei Nr. 19.637 din 2 Martie 1938;

Văzând Jurnalul Consiliului de Miniştri Nr. 414 din 1938;

Văzând avizul Consiliului Legislativ Nr. 9 din 1938; în temeiul art. 98 din Constituţiune, am decretat şi decretăm:

Suspendarea inamovibilităţii sau stabilităţii funcţionarilor publici.

Art. I. Se suspendă inamovibilitatea sau stabilitatea pe care legea pentru statutul funcţionarilor publici, sau legi speciale o acordă celor ce primesc o retribuţiune dela Stat, Judeţ, comună, regie, casă autonomă, administraţiune comercială, direcţie specială sau orice altă instituţiune publică ori aşezământ al cărui buget este supus aprobării Parlamentului, Consiliului de Miniştri, ministerelor sau autorităţilor speciale ce depind de ministere şi consiliilor judeţene sau comunale.

Art. II. Dreptul de disciplină asupra personalului arătat în articolul I. trece asupra celui ce potrivit legii este îndrituit să facă numirea.

Măsura disciplinară se va aplica prin decret regal sau decizîune, după cum numirea se face prin decret regal ori decizîune.

Art. III. Comisiunile disciplinare, oricare ar fi legea care le instituie, se desfiinţează.

Dat în Bucureşti la 2 Martie 1938.

ss. *CAROL.*

Preşedintele Consiliului de Miniştri:
Miron
Patriarh al României.

Mistrul Justiţiei Ad-interim:
Mircea Cancicov.

Nr. 1.066.

6. *Designare de comisii medicale.*

Colegiul şi Asociaţia Generală a Medicilor din Sibiu în şedinţa plenară din 23 Febr. 1938, a delegat o comisiune compusă din domnii: *Dr. Sturza, Dr. Weindel şi Dr. Udvarnoky*, având însărcinarea de a urmări cazurile de practică ilicită a medicinei, sesizând organele în drept asupra tuturor abaterilor ce vor constata. Aceeaşi comisiune va revizui şi drepturile şi titlurile de specialitate a medicilor practicieni din oraşul şi judeţul Sibiu, făcând propuneri pentru sistarea abuzurilor ce vor constata.

In aceeaş şedinţă s'a delegat o comisiune compusă din domnii: *Dr. Filipescu, Dr. Ionaşiu, Dr. Ursu şi Dr. Fabriţius* pentru a organiza programul reuniunilor ştiinţifice lunare sau bilunare care se vor ţinea în cadrele Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

Comisiile mai sus arătate sunt rugate a se întruni cât mai neîntârziat pentru a-şi începe lucrările.

Răspunsul Maiestăţii Sale Regelui la telegrama Asociaţiei medicilor, trimisă cu ocazia promulgării Constituţiei.

La telegrama de omagiu expediată Maiestăţii Sale Regelui, în numele Asociaţiei generale a medicilor, cu ocazia promulgării nouei Constituţii, s'a primit următorul răspuns:

Dlui Profesor Dr. P. Tomescu
Preşedintele Asociaţiei Generale a Medicilor

Vii mulţumiri pentru felicitările exprimate cu ocazia promulgărei Constituţiei.

CAROL II

Comemorarea Profesorului Babeş. *Cu ocazia împlinirii a 50 ani dela prima vaccinaţiune antirabică în România (6 Mai 1888), un comitet de organizare a luat iniţiativa comemorării, la Institutul Dr. V. Babeş din Bucureşti a întemeietorului şi animatorului celei mai vechi instituţiuni medicale din ţară.*

Festivitatea va avea loc la 6 Mai 1938, orele 10 dimineaţa la Institutul Babeş.

Aceasta va fi urmată de o conferinţă asupra turbării. *Scopul acestei reuniuni ştiinţifice este ca pe lângă comemorarea savantului rabiolog român* Victor Babeş, *să adunăm diferiţi specialişti din ţară şi străinătate, dându-le prilejul să prezinte şi să discute rapoarte şi comunicări asupra turbării. Credem că se vor aduce astfel preţioase contribuţiuni spre clarificarea multiplelor probleme ale acestui important capitol de patologie umană şi animală.*

Cemitetul de organizare se compune din dnii: Prof. Dr. I. Bălăcescu, preşedintele comitetului de organizare; Prof. Dr. Gh. Marinescu, preşedintele Reuniunii asupra turbării; Prof. Dr. E. Crăciun, Directorul Institutului Babeş; Docent Dr. D. Ionescu, şeful secţiei anti-rabice umane; Dr. Veber, S. Bobeş, şeful Secţiei anti-rabice veterinare.

Congresul insuficienţei renale. *Al doilea Congres al insuficienţei renale va avea loc la Evian între 21—24 Septemvrie 1938. Acest congres organizat de Societatea Medicală din Evian va avea ca Preşedinte pe dl Profesor Rathery şi ca Vice-preşedinte pe dl Profesor M. Chevassu. Rapoartele vor trata în mod exclusiv insuficienţa renală în legătură cu diferitele stări patologice.*

De asemenea vor putea fi prezentate şi comunicări în directă legătură cu subiectul de mai sus. Titlurile comunicărilor vor fi trimise Secretariatului General cel mai târziu până la 15 Iulie 1938.

Secretari generali: F. P. Merklen et M. Derot. Pentru cererile de înscriere şi informaţiuni doritorii se vor adresa Secretariatului Congresului: 138, Avenue de Champs-Elysés Paris 8.

Al zecelea congres internaţional de psychotherapie. *Al zecelea congres internaţional de psichoterapie se va ţine în Anglia la Colegiul Balliol din Oxford din 29 Iulie până în 2 August 1938, în urma invitaţiei anumitor societăţi engleze. Se contează pe o numeroasă asistenţă venită din toate ţările. Participarea la congres se va anunţa secretarului Dvoastră naţional sau direct domnului E. B. Strauss, Hon. Sec.*

Al III-lea Curs de împrospătare şi de tehnică operatorie oto-rino-laringologică *ţinut de profesorul* Buzoianu *şi colaboratorii pentru medicii practicieni, între 20 Iunie şi 27 Iunie 1938 inclusiv la clinica O. R. L. din Cluj.*

PROGRAM:

Luni 20 Iunie ora 5: *Examenul clinic al unei surdităţi acumetria. Surditatea de transmisiune, de recepţiune, mixtă. Inciziunea timpanului (paracenteza, timpanotomia) indicaţii, tehnică, urmări imediate şi tardive.*

Marţi 21 Iunie, ora 5: *Mastoiditele acute — semiologie — demonstraţiuni clinice — indicaţii operatorii (reacţia mastoidiană şi mastoidita adevărată). Şedinţă operatorie (trepanarea mastoidei) antrotomia, antrocelulotomia, antrocelulotomia maximă — îngrijiri postoperatorii.*

Miercuri 22 Iunie, ora 5: *Otitele supurate cronice -- otorea tubară — semiologie, (granulaţii, polipi, colesteatomul, osteita casei) tratament medicamentos, — indicaţii operatorii cu demonstraţie tehnică — evidarea petromastoidiană.*

Joi 23 Iunie, ora 5: *Complicaţiile endocraniene ale otitelor — trombofiebita sinusului lateral venos, meningita, abcesele encefalice. — Indicaţii de tratament şi tehnică. Amigdalectomia totală extracupsulară, tehnica — demonstraţiuni operatorii.*

Vineri 24 Iunie, ora 5: *Examenul aparatului vestibular în afecţiunile labirintice. Examenul simptomelor spontane (nistagmus, deviaţiile segmentare) examenul simptomelor provocate (proba calorică, proba rotatorie).*

Sâmbătă 25 Iunie, ora 5: *Deviaţia septului nasal — semiologie — indicaţii operatorii, demonstraţie — tehnică operatorie. Flegmoanele periamigdaliene; şedinţă operatorie cu demonstraţie tehnică de deschidere a flegmoanelor periamigdaliene.*

Duminecă 26 Iunie, ora 5: *Vegetaţiile adenoide în practica medicală — semiologie — tuşeu naso-faringian — rino-faringoscopie superioară, şedinţă operatorie cu demonstraţie tehnică, ablaţia vegetaţiilor adenoide, — îngrijiri postoperatorii.*

Luni 27 Iunie, ora 5: *Cancerul laringelui. Laringectomia. Sinuzita supurată maxilară, diagnostic, tratament, operaţia radicală vestibulo-bucală tip. Denker.*

In limita cazurilor clinice se vor putea demonstra eventual tracheotomiile, laringotomiile, anesteziile cervicale paravertebrale, anestezia maxilarului superior, a nervilor etmoidali, a ganglionului lui Gasser, — esofagoscopia şi tracheo-brochoscopia.

Primul congres internaţional de medicină legală. *La 22—24 Septemvrie 1838 va avea loc la Bonn, primul* Congres internaţional de medicină legală şi socială, *sub preşedinţia dlui* Prof. F. Pietrusky, *Directorul Institutului de Medicină Legală dela Bonn. Acest congres hotărît de reprezentanţii a 12 naţiuni, este menit a oduna într'un mănunchi savanţii tuturor ţărilor, care şi-au închinat activitatea ştiinţelor pozitive şi auxiliare dreptului şi în deosebi* ştiinţelor criminologice.

Pentru moment s'au fixat următoarele 3 rapoarte:

1. Prof. Jungmichel: *Alcoolul şi importanţa lui din punct de veddre a justiţiei criminale în ceea ce priveşte accidentele de circulaţie;*

2. Prof. Lochte: *Părul de om şi de animal din punct de vedere criminalistic;*

3. Prof. Leclerq, Prof. Cazzaniga, Prof. Mueller: *Vedere generală asupra legilor accidentelor de muncă.*

Dnii medici şi Dnii jurişti, care doresc a prezenta rapoarte sau comunicări, sunt rugaţi a trimite titlurile până la 1 Aprilie 1938 pe adresa:

Prof. M. Kernbach, Institutul Medico Legal, Cluj, secretar pentru România în biroul Congresului.

Al patrulea congres al medicilor radiologişti de limba franceză. *Al putrulea congres anual al Medicilor electro-radiologi de limbă franceză va avea loc la Paris, în zilele de 5, 6, 7 şi 8 Octomvrie 1938.*

In şedinţa de deschidere Prof. Joliot-Curie, *va vorbi despre:* Neutronii şi radio-elementele artificiale.

Rapoartele la ordinea zilei sunt următoarele:

1. Radiodiagnostic. Rezultatele metodelor radiologice de examen în cupe al organismului. *Raportor:* Prof. Didiée *(Val-de-Grâce);*

2. Electrologie. Fenomenele bio-electrice ale sistemului nervos. *Raportori:* Prof. Baudoin *(Paris)* şi Dr. Fischgold;

3. *Roentgenterapie.* Roentgentherapia anti-inflamatoare. *Raportor:* Dr. Gaston Daniel *(Marsilia);*

4. *Fiziobiologie.* Prof. Palmieri *(Bolonia):* Acţiunea biologică a radiaţiunilor şi a curenţilor asupra schimburilor.

Prof. Lamarque *(Montpellier):* Progresele câştigate în Historadiografie.

Prof. Soula şi Marques: Date noui asupra excitaţiunii neuromusculare.

Prof. Strohl şi Djourno: Incercări de interpretare a fenomenelor electrotonice.

Inscrierile se vor adresa: Dr. Morel-Kahn, casier, 45 rue Scheffer.

Noul comitet al Soc. de obstretică-ginecologie şi puericultură. *Marţi, 1 Februarie, membrii societăţii de obstretică, ginecologie şi puericultură, s'au întrunit în şedinţă de sfârşit de an în localul Asociaţiei generale a medicilor.*

In această şedinţă s'a ales noul comitet al societăţii format din dnii profesor Dr. N. Gheorghiu, *preşedinte; profesor* Dr. Zaharescu-Karaman, Dr. Scupiewski, Dr. Oancea, *d-na* Dr. Medea Niculescu, Dr. Slobozianu, *vice-preşedinţi;* Dr. Virgil C. Ionescu, *secretar general;* Dr. Gheorghe Vintilă, *casier;* Dr. Gh. Dumitrescu, *bibliotecar;* dnii Dri A. Nedelcu, N. N. Gheorghiu, C. Rădulescu, *secretari de şedinţă; membrii în comitet: dnii* Dri Nissim, Garoiu, Bădescu, Ursu *şi d-na* Dr. Crainic.

Muzeul serviciului sanitar al armatei. *Serviciul sanitar al armatei a luat hotărârea să înfiinţeze un muzeu, după modelul celor existente astăzi la Paris (Val-de-Grâce) şi la Berlin (Aerztliche Militaerakademie).*

In acest muzeu se vor strânge uniforme, fotografii, tablouri, etc., în raport cu trecutul serviciului sanitar în diversele faze ale existenţei sale.

Persoanele care posedă din lucrurile amintite mai sus şi în acelaş timp doresc să le doneze muzeului, sunt rugate a înştiinţa.

De asemenea se primesc cu recunoştinţă orice sugestii privitoare la viitoarea organizare a acestui muzeu, care pentru moment a început să se organizeze pe lângă Centrul de Instrucţie Sanitară în Clădirea Institutului Sanitar Militar.

Cum se va face revizuirea titlurilor şi autorizaţiilor de liberă practică a medicilor şi farmaciştilor. — Instrucţiunile ministerului Sănătăţii Publice. — *In legătură cu aplicarea Decretului-lege No. 401, publicat în Monitorul Oficial Nr. 33 din 10 Februarie 1938, cu privire la revizuirea titlurilor şi autorizaţiunilor de liberă practică a medicilor şi farmaciştilor cu diplome din străinătate, echivalate în ţară, Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, aduce la cunoştinţa celor interesaţi următoarele:*

Ce diplome sunt supuse revizuirii?

Sunt supuse revizuirii toate autorizaţiunile de liberă practică a medicinei şi farmaciei, acordate dela 1 Ianuarie 1919 până la 31 Decemvrie 1937, pe bază de diplome eliberate de facultăţile din străinătate.

Se disting două categorii:

1. Medicii, farmaciştii şi ajutorii de farmacişti cari au practicat profesiunea în teritoriile alipite înainte de 1 Ianuarie 1919;

2. Medicii, farmaciştii şi ajutorii de farmacişti cu diplome universitare străine, care au obţinut autorizaţiunea de liberă practică după 1 Ianuarie 1919. Intră în această categorie şi acei care au obţinut diplomele universitare dela facultăţile din teritoriile alipite înainte de 1 Ianuarie 1919 şi au obţinut autorizaţia de liberă practică după această dată.

Actele ce trebue să depună cei supuşi revizuirei.

Toţi medicii şi farmaciştii supuşi revizuirii, atât cei dela punctul 1 ş dela punctul 2 de mai sus, sunt obligaţi ca până la data de 3 Martie 1938, ora 19, să depună la grefa Comisiunii de revizuire petiţiuni timbrate (8 lei fiscal şi 1 leu aviaţie) prin care să arate:

a) *Numele şi pronumele;*

b) *Domiciliul (judeţul, comuna, strada şi numărul);*

c) *Colegiul medical din care face parte.*

Odată cu aceasta cerere cei din categoria prevăzută la punctul 1 de mai sus, vor depune în original: Diploma universitară şi actul de cetăţenie.

Cei din categoria 2 de mai sus, vor depune în original:

1. Extract după actul de naştere;

2. Certificat că nu a suferit nici o pedeapsă penală;

4. Diploma de bacalaureat sau absolvirea liceului;

5. Diploma de doctor în medicină;

6. Un certificat eliberat de Facultatea unde s'a făcut echivalarea diplomei, constatator că această lucrare este conformă cu procesul verbal respectiv aflat în arhiva acelei facultăţi:

7. Monitorul Oficial în care s'a publicat acordarea liberei practici;

8. Certificat de studii, sau programul facultăţii unde s'a obţinut diploma;

9. Certificatul de liberă practică.

Actele dela punctul 8 şi 9 se cer pe baza dispoziţiunilor art. 17 din Decretul-lege.

Dispoziţiuni privitoare la toate categoriile de medici şi farmacişti supuşi revizuirii.

Depunerea tuturor petiţiunilor se face la sediul „Comisiunii pentru revizuirea titlurilor şi autorizaţiunilor de liberă practică a medicilor şi farmaciştilor cu diplome din străinătate", la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocro-

tirilor Sociale, calea Griviței Nr. 64 et. V., în fiecare zi de lucru între orele 9—13 și 16—19.

Totodată se va depune și taxa de 500 Lei.

Depunerea cererilor se poate face personal sau prin prepuși cum și prin Colegiile medicale. Se atrage atenția tuturor acelora care depun cereri pentru prepuși sau Colegii, că nepredarea actelor de către aceștia înlăuntrul termenului prevăzut mai sus, nu apără pe candidați de sancțiunile prevăzute la art. 7 din Decretul-lege.

De asemeni comisiunea nu poate fi ținută răspunzătoare de eventualele pierderi de acte încredințate prepușilor sau Colegiilor spre depunere decât din momentul înregistării lor la serviciul grefei Comisiunii, care va elibera adeverințe de primire și recipise de plata taxei, individuale.

Acei care pentru motive serioase nu-și pot aduce toate actele arătate mai sus până la data de 3 Martie 1938, sunt obligați ca până la această dată să depună petițiunea cu arătarea numelui, adresei și Colegiului, împreună cu acele acte ce posedă și să ceară totodată amânare pentru completarea actelor, arătând motivul pentru care nu poate depune toate actele în termen.

Odată cu petițiunea va depune și taxa de 500 Lei.

Asupra cererii de amânare Comisiunea va hotărî, încunoștiințând pe petiționar despre termenul acordat, acesta fiind obligat a depune actele în completare cu 3 zile libere înainte de termen.

Acei ce nu pot depune unele acte din cauză că ele se găsesc în cercetarea cabinetului 6 de instrucție al tribunalului Ilfov, vor face mențiune despre aceasta în petițiunea lor, prezentând adeverințele eliberate de acel cabinet împreună cu o copie simplă, certificată de petiționar.

Cei ce doresc ca după revizuire să-și retragă actele originale, vor depune odată cu originalele și copii legalizate.

Odată cu actele scrise în limbi străine se vor depune și traduceri oficiale, cu dată recentă, eliberate de organele împuternicite prin legile în vigoare, rămânând a se cere traduceri făcute de către Ministerul Afacerilor Străine, numai în cazurile în cari Comisiunea ar găsi necesar.

Se atrage atențiunea celor interesați, că petițiunile trebue să parvină, indiferent pe ce cale, la grefa Comisiunii până cel mai târziu 3 Martie, ora 19 și că nu se acordă nici un fel de prelungire pentru depunerea lor.

Concurs de medici secundari la spitalul Brâncovenesc. *Se aduce la cunoștința generală aă pentru ocuparea a 5 (cinci) locuri de medici secundari,* specialitatea chirurgie *și 1 (un) loc de medic secundar,* specialitatea boli interne, *se va ține concurs cu începere dela 15 Mai 1938.*

Registrul de înscrierea domnilor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în calitate de medic secundar, se găsesc spre înscriere şi consultare în toate zilele de lucru, la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12.

Inscrierile conform regulamentului se pot face numai până în ziua de 6 Mai 1938, ora 12.

Noul comitet al Soc. de Biologie. *Societatea de Biologie, secţia Bucureşti, a ales următorul comitet pentru anul 1938—39:*

Preşedinte: Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăeşti.

Vice-preşedinţi: Prof. Dr. Nitescu şi Prof. Dr. G. Zotta.

Secretar general: Prof. Dr. D. Combiescu.

Casier: Dr. P. Condrea.

Secretar de şedinţă: Dr. C. Ştefănescu şi Dr. C. Badenski.

Distincţiune. *Domnul Agregat* Dr. Cristide E., *a fost ales membru asociat al Societăţii de Chirurgie din Lyon, în şedinţa din 13 Ianuarie 1938.*

Prelungire de termen pentru depunerea actelor. *Consiliul de Miniştri în şedinţa sa dela 1 Martie 1938.*

Luând în deliberare referatul dlui Ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, cu Nr. 154.708 din 28 Februarie 1938;

Având în vedere avizul Nr. 2 din 1938 dat de Consiliul Legislativ,

Decide:

Art. I. *Aprobă proiectul de decret-lege prin care se prelungeşte termenul de depunerea actelor la Comisiunea pentru revizuirea titlurilor şi autorizaţiunilor de liberă practică a medicilor şi farmaciştilor cu diplome din străinătate echivalate în ţară, până la 24 Martie 1938.*

Art. II. *Dl Ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, este însărcinat cu aducerea la îndeplinire a prezentului jurnal.*

Concursuri de specialitate. *Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că, în luna Mai 1938, va începe la Bucureşti concursurile de specialitate, după cum urmează:*

1. *Miercuri, 4 Mai 1938, ora 9: Tuberculoza.*
2. *Luni, 9 Mai 1938, ora 9: Ortopedie şi chirurgie infantilă;*
3. *Sâmbătă, 14 Mai 1938, ora 9: Obstetrică şi ginecologie;*
4. *Miercuri, 18 Mai 1938, ora 9: Dermato-venerice;*
5. *Vineri, 20 Mai 1938, ora 9: Stomatologie;*
6. *Marţi, 24 Mai 1938, ora 9: Radiologie;*
7. *Luni, 30 Mai 1938, ora 9: Medicină internă.*

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toți cei care îndeplinesc condițiunile prevăzute de art. 191 și 198 din legea sanitară și de ocrotire, publicată în Monitorul Oficial cu Nr. 140 din 22 Iunie 1935 și anume:

a) *Să fie doctor în medicină;*

b) *Să fie cetățean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcționarilor ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcțiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcționarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcțiuni;*

f) *Bărbații să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condițiuni speciale:

Candidații vor dovedi că au cel puțin 5 ani practică medicală și un stagiu spitalicesc de cel puțin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensați de aceste stagii:

1. Pentru specialitatea medicină internă, medicii care au condus cel puțin 3 ani, cu titlu definitiv un spital mixt;

2. Medicii cari au diplome de specialitate, emisă de Facultatea de medicină în ramura respectivă, sunt dispensați de stagiul spitalicesc de specialitate;

3. Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru foștii interni cu concurs ai Eforiei Spitalelor Civile, dacă au funcționat în mod efectiv cel puțin 3 ani.

Concursurile constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări și activitate în specialitate;

2. Două probe clinice pe 2 bolnavi și anume:

Pentru posturile de medicină internă un bolnav afectat de o boală internă și de o boală infecțioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, 2 bolnavi atinși de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialități, două probe clinice din specialitatea pentru care se concurează;

3. Două probe practice, dintre care:

Pentru chirurgie și specialitățile chirurgicale:

a) *O operațiune pe cadavru, din specialitatea pentru care se concurează;*

b) *O probă de anatomie patologică pe piese preparate, pentru chirurgie generală și specialitățile sale.*

Pentru medicină internă şi specialităţile în legătură cu ea:

2 probe practice, dintre care:

a) *O probă de anatomie patologică şi*

b) *O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică cu aplicaţie de clinică).*

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii, calea Griviţei Nr. 64, Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de lei 2000, cu cel puţin 30 zile înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

— Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Vineri 27 Mai 1938, la ora 9, va începe la Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din calea Griviţei Nr. 64 - 66, concurs pentru medici şefi de laborator.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs toţi cei ce îndeplinesc condiţiunile art. 7 din regulamentul pentru recrutarea medicilor şefi de laborator, chimiştilor şefi, publicat în Monitorul Oficial cu Nr. 257 din 4 Noemvrie 1936, partea I-a şi anume:

a) *Să fie cetăţean român;*

b) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

c) *Să nu fi fost exclus definitiv din Corpul funcţionarilor Statului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

d) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice, sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

e) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării;*

f) *Diploma de doctor în medicină şi Monitorul cu libera practică în ţară;*

g) *Diploma de specializare în conformitate cu legea învăţământului superior, sau un certificat doveditor că a funcţionat efectiv 5 ani ca preparator sau trei ani ca asistent într'un laborator universitar de specialitate, laborator al unei clinici, sau în secţiunile de bacteriologie ale institutelor de ştiinţă aplicată ale Ministerului Sănătăţii.*

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu;

2. O probă scrisă de bacteriologie generală sau specială, igienă şi medicină preventivă în legătură cu aplicaţiunile de laborator.

3. Probe practice de laborator:

a) *O probă practică de bacteriologie;*

b) *O probă practică de seriologie;*

c) *O probă practică constând din o metodă de control bacteriologic (apă, conserve alimentare, aparate de desinfecţie, desinfectante etc.), acordându-se timpul necesar metodei;*

d) *O probă de anatomie patologică macro şi microscopică.*

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii cererile lor, însoţite de acte şi taxa de 2000 lei, cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

— Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Luni 2 Mai 1938, la ora 9, va începe în Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, din calea Griviţei Nr. 64—66, examenul de capacitate pentru medici sanitari de circ. urbane, rurale şi medici comunali.

Au drept să se prezinte la acest examen toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile art. 191 şi 195 din legea sanitară şi de ocrotire, publicată în Monitorul Oficial cu Nr. 140 din 22 Iunie 1935 şi anume:

Condiţiuni generale:

a) *Să fie doctor în medicină, cu dreptul de liberă practică în ţară;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească, definitiv, la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de prezenta lege;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice, sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării;*

Condiţiuni speciale;

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de câte trei luni după obţinerea titlului de doctor în medicină, într'un serviciu de boli infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie.

Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici, care vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii care au diplome de igienişti, sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul constă din următoarele probe:

1. *O probă scrisă din igienă şi boli infecţioase;*
2. *O probă clinică de medicină internă sau medicină infantilă.*
3. *O probă obstetrică.*

Candidaţii care cer înscrierea pentru examen, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de Lei 1.000, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea examenului.

Delegaţiuni şi confirmări. *Prin decizia ministerială Nr. 151.558 din 21 Februarie 1938, dl Argeşanu Ion, subdirector general la Direcţia generală a Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, se deleagă, pe data prezentei deciziuni, a îndeplini funcţiunea de director general al acelei direcţiuni generale.*

Prin decretul regal Nr. 881 din 17 Februarie 1938, se face următoarea mişcare în corpul medical şi farmaceutic din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă, ce funcţionează pe lângă acest minister, din procesele verbale cu Nr. 22 din 4 Noemvrie 1937 şi Nr. 1 şi 2 din şedinţele dela 25 Ianuarie şi 8 Februarie 1938 şi anume:

Dl Dr. Roibaş Paul, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic-primar al secţiei de boli interne dela Spitalul din Aiud, pe ziua de 1 Martie 1938.

Dl Dr. Emil Belizarie, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic-primar al secţiei de chirurgie dela Spitalul din Aiud, judeţul Alba, pe ziua de 1 Martie 1938.

Prin decizia ministerială Nr. 155.564 din 1938, dl profesor Dr. Titu Gane, directorul Institutului de Puericultură din Bucureşti, se deleagă a îndeplini funcţiunea de secretar general al acestui minister.

Delegaţia d-sale, se va exercita, în special, în chestiunile privitoare la ocrotirea copiilor şi a mamei, centre de ocrotire, puericultură, maternitate, spitale de copii, asistenţa defectivilor, etc., precum şi la toate problemele de organizare.

In această calitate, d-sa va avea drepturile noastre date prin legile şi regulamentele de organizare, pentru toate direcţiunile şi serviciile care depind de aceste însărcinări, putând lua orice măsuri se vor găsi necesare pentru asigurarea bunului mers al serviciului.

D-sa va rezolva şi semna întreaga corespondenţă relativă la aceste servicii, în afară de jurnalele Consiliului de Miniştri, decretele regale şi mesagiile cari sunt rezervate ministerului

D-sa va aproba cheltuelile şi va semna ordonanţele de plată în limitele creditelor aprobate prin bugetele respective şi diferitele legi speciale, conform legii contabilităţii publice şi va semna actele la procesele ministerului, în faţa instanţelor judecătoreşti.

D-sa va putea participa la toate comisiunile ce depind de acest departament.

Medicii stagiari, pe baza de examen de capacitate, mai jos menționați, se confirmă definitivi, în posturile ce ocupă, după cum urmează:

Dl Dr. Radu Bălteanu, la circ. Cristești, județul Iași;

Dl Dr. Gheorghe Bolintineanu, la spitalul și circ. Drăgănești, jud. Olt;

Dl Dr. Laurențiu Pascu, la circ. Vișeul-de-jos, județul Maramureș;

Dl Dr. Dumitru Dădârlat, la circ. Gârbova, județul Sibiu.

Posturi vacante de medici. *Conform art. 201 din legea sanitară și de ocrotire, se aduce la cunoștință că sunt vacante următoarele posturi:*

Medic primar pediatru la ambulatorul policlinic Tg.-Mureș;

Medic primar al secției de medicină internă la spitalul Orhei;

Medic primar al secției de chirurgie dela spitalul R.-Vâlcea;

Medic primar al jud. Tânnava-Mică;

Medic al secției de pediatrie dela dispensarul Apahida, jud. Cluj;

Medic al orașului Tg.-Ocna;

Medic de circ. urbană Galați;

Medic al orașului Oltenița;

Medic al orașului Târgoviște;

Medic al ambulatorului antivenerian Fundulea, jud. Ilfov;

Medic oculist pentru policlinicile școlare la Serv. sanitar al Municipiului București;

Medic radiolog la Casa de Asigurări Sociale Brașov;

Medic al spitalului cu circ. Pârjolteni, jud. Lăpușna;

Medic la Casa Asigurărilor Sociale Craiova, specialitatea boli venerice, retribuit cu 3.500 lei lunar;

Medic al circ. Vințul de jos, jud. Alba;

Medic al circ. Budești, jud. Argeș;

Medic al circ. Nădlac, jud. Arad;

Medic al circ. Buteni, jud. Arad;

Medic al circ. Pietroasa, jud. Bihor;

Medic al circ. Cioara-Doicești, jud. Brăila;

Medic al circ. Mărgău, jud. Cluj;

Medic al circ. Căciulătești, jud. Dolj;

Medic al circ. Moțăței, jud. Dolj;

Medic al circ. Tălpaș, jud. Dolj;

Medic al circ. Ibănești, jud. Dorohoi;

Medic al circ. Rovinari, jud. Gorj;

Medic al circ. Balșa, jud. Hunedoara;

Medic al circ. Smirna, jud. Ialomița;

Medic al circ. I. C. Brătianu, jud. Olt;

Medic al circ. Mera, jud. Putna;

Medic al circ. Hristici, jud. Soroca;
Medic al circ. Ţifeşti, jud. Putna;
Medic al circ. Dealul Lung, jud. R.-Sărat;
Medic al circ. Celaru, jud. Romanaţi;
Medic al circ. Vădastra, jud. Romanaţi;
Medic al circ. Turţ, jud. Satu-Mare;
Medic al circ. Olpret, jud. Someş;
Medic al circ. Corod, jud. Tecuci;
Medic al circ. Godineşti, jud. Tecuci;
Medic al circ. Cuciulata, jud. Târnava-Mare;
Medic al circ. Vânători, jud. Târnava-Mare;
Medic al circ. Chiţcani, jud. Tighina;
Medic al circ. Dobrovăţ, jud. Vaslui;
Medic al circ. Zăvoeni, jud. Vâlcea.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale pentru a ocupa aceste locuri vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial.

Tipografia — Librăria — Compactoria
„Dacia Traiană", Sibiu
Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate. caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse

CARŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile: Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

DROGUERIA

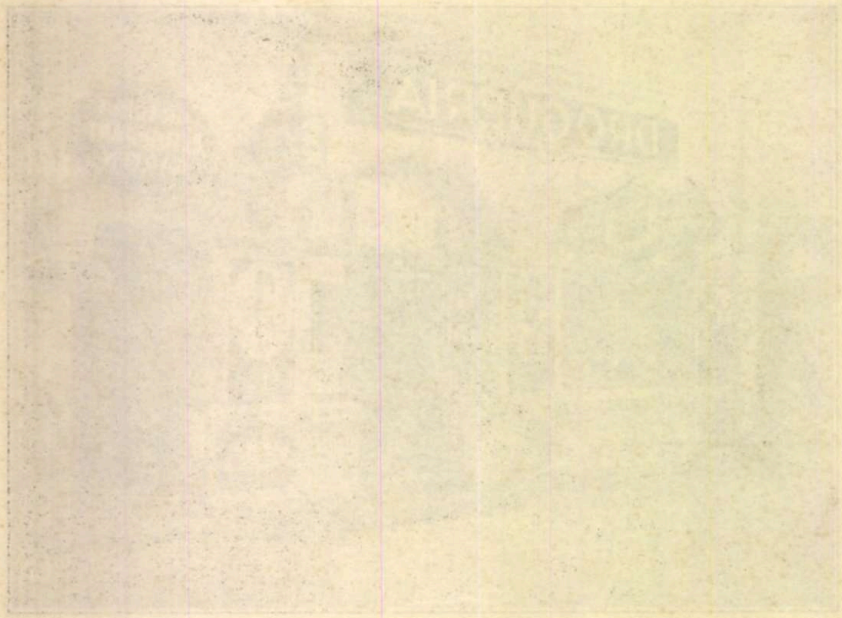
Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10



Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

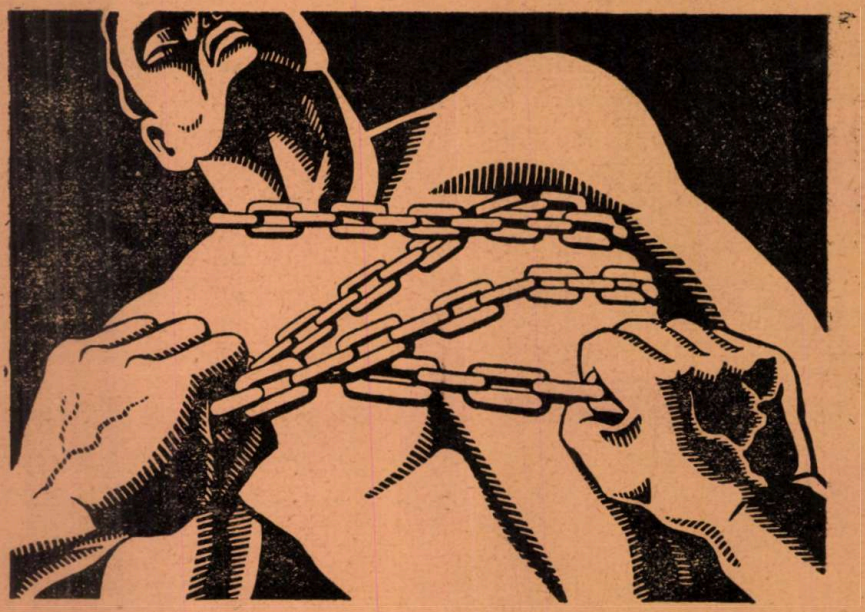
1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1938.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.



Cardiazol-Efedrina «Knoll»

cupează

astmul,

combate

insuficiența circulației

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

Tablete. — Fiole. — Lichid.

«KNOLL» S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, BUCUREȘTI 3.

Anul V. No. 4—5. **40 Lei exemplarul.** Aprilie—Mai 1938.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I., Dr. Udvarnoky E.
Redactor responsabil: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Doc. Dr. O. Filipescu: Consideraţiuni asupra peritonitei biloase fără perforaţia vezicei Pag. 101

Dr. Liviu Ursu: Corelaţia endocrino-hypofizară . . . . „ 104

Dr. Cornel Manta şi *Dr. Liviu Stupariu:* Tumoră chistică pulmonară congenitală, comunicând cu arborele tracheo-branşic . . . . . „ 115

Dr. Mihail Gherasim şi *Dr. Alexandrina Gherasim:* Vaccinoterapia antigonococică intravenoasă în artritele gonococice . . . . . „ 119

Dr. Sumea: Un caz de paralizie pseudo-bulbară cu diplegie şi tulburări în domeniul trigemenului . . . . . „ 126

Dr. Virgil Stanciu şi *Intern Guga Tiberiu:* Sedimentarea globulară la tuberculoza pulmonară în decursul şi după tratamentul cu benzoat de sodiu intravenos . . . . Pag. 133

Dr. Grădina: Guşa în circ. sanitară Sita-Buzău . . . „ 139

Dr. Maria Sumea: Cariile dentare la bolnavii mintali . . „ 145

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Spre o nouă organizare a Inspectoratelor sanitare . . . . . Pag. 153

Dr. Ioan Cosma: Propaganda sanitară . . . . . „ 159

Revista cărţilor . . . . . „ 165

Paul de Kruif: „Vânători de microbi".

Anul jubilar „Bayer" 1938 . „ 168

Note de terapeutică . . . „ 169

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 175

Dr. Liviu Ionaşiu: † Profesor Dr. Gh. Marinescu . . . „ 176

Note şi informaţiuni . . . „ 178

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Toate algiile reumatismale

Toate sindromele dureroase

NAIODINE

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Algii rebele — Nevraxite şi urmările lor

Acţiune curativă fără reacţiuni. — Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul **J. LOGEAIS,** Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Sft. Ionică 8

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang,** conţinând **Fe-Mn-P-şi As** în **forma cea mai activă.** Prin **formarea ferului şi manganului redus în statu nascendi,** adecă în starea **cea mai resorbabilă şi asimilabilă,** de o **toleranţă stomaco-intestinală perfectă.**

Preţul: 1 fl. de 250 gr. cu şi fără arsen **Lei 98·—.**

Deci prezintă **mijlocul suveran** pentru tratarea **stărilor anemice** şi **urmările** lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase,** în **neurastenie,** în **astenie** şi **surmenaj general,** în **convalescenţă,** în **tbc. generală** şi **pulmonară,** în **diatezele exudative,** în **rachitism,** în **boalele tubului digestiv** şi ale **nutriţiei,** în **eczemele cronice.**

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriţe.

Desfacerea produsului:

Laboratorul de Produse Farmaceutice **O. Alesi,** Sebeş-Alba

Anul V. Nr. 4—5. 40 Lei exemplarul. Aprilie—Mai 1938

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

VITAMIN B1
pură,
cristalizată
(= Aneurin)

BETABION Merck

INDICAŢIUNI: **Afecţiuni ale sistemului nervos, nevralgii** (sciatică etc.), **polinevrite** şi **nevrite** de diferite origini, **myeloză funiculară, afecţiuni ale cordoanelor posterioare.**

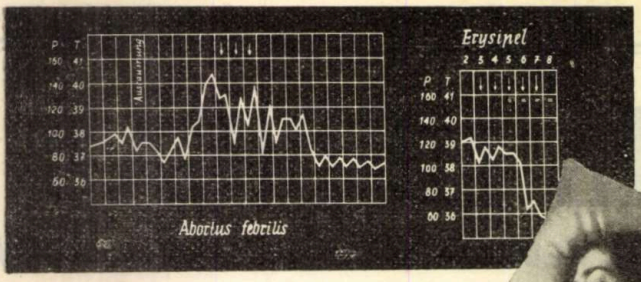
AMBALAGE ORIGINALE:

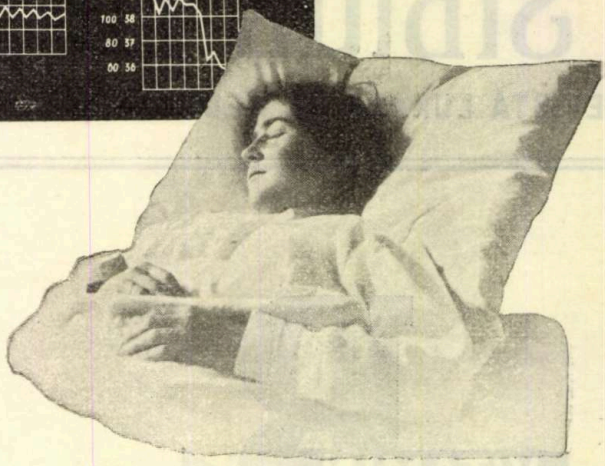
Betabion-tablete de 0.001 gr. tuburi cu 20 bucăţi
Betabion-fiole de 0.002 gr. cutii cu 3 şi 10 bucăţi
Betabion forte-fiole de 0.01 gr. cutii cu 3 şi 10 bucăţi
De asemenea ambalage pentru clinici.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: **Dr. I. BINDER**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34

SIBIU, 1938
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ"





Tratamentul cu

Prontosil

Grand Prix Paris 1937

a revoluţionat terapia infecţiunilor streptococice

Erisipel,
Angină,
Scarlatină
Septicemie post partum,

Avort septic,
Meningite,
Artrite, cistite, pielite,
Infecţiuni colibacilare

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

Cincizeci de ani
1888 BAYER *1938*
MEDICAMENTI

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18.

Spitalul Public Sibiu. — Serviciul chirurgical.
Medic-primar Director Docent Dr. Octavian Filipescu.

Consideraţiuni asupra peritonitei biloase fără perforaţia vezicei.

De Doc. **Dr. O. Filipescu.**

Acest tablou clinic pe care-l relatăm, caracterizat prin aspectul lui dramatic şi prin particularităţi simptomatice, care a oferit discuţii largi din punct de vedere al diagnosticului diferenţial, datează încă din vara anului 1935. Amânarea publicării lui urmărea înregistrarea şi a altor cazuri similare; faptul nesurvenirii altuia, demonstrează totuşi o apariţie rară.

Peritonita biloasă fără leziuni de perforaţie microscopic vizibilă a fost mai întâi discutată la anul 1911 de Claermont şi Haberer. Până în zilele noastre nu există o concepţie unitară asupra patogenezei acestei afecţiuni; astfel ne permitem a comunica şi noi observaţiile noastre în legătură cu un caz.

Bolnavul I. M. în vârstă de 56 ani, de profesiune agricultor.

In antecedentele heredocolaterale nimic important; în cele personale, la vârsta de 32 ani a suferit o febră tifoidă.

De statură înaltă; bine desvoltat. Este alcoolic. Tulburări digestive dese, mai ales după ingerarea de alimente grele, — sufere de constipaţie.

Boala actuală datează de 12 zile, când a fost cuprins în mod brusc de dureri violente în epigastru cu vărsături dese. Durerile s'au menţinut fără întreupere. La început aplică comprese calde mai pe urmă reci fără să simtă vreo ameliorare. De 3 zile sughiţ şi suprimarea completă a vânturilor şi a scaunelor, se balonează.

La examinare prezintă o rezistenţă musculară peste întreg abdomenul cu maximul de durere în epigastru, matitatea hepatică dispărută; balonat. Conjunctiva uşor icterică, tegmentele de culoare normală. Pulsul 110, temperatura 37.8. Sgomotele inimei surde. Bronşită cronică. In urină albumină slab pozitiv, la fel urobilinogen, — zahăr negativ.

Se pune diagnosticul de peritonită generalizată, cu punct de plecare cu probabilitate dela vezica biliară. Se administrează o injecţie de Dilaudid-Scopolamin. După $^3/_4$ oră se intervine în anestezie locală şi se continuă prin narcoză cu aether. Se face incizia Kehr, se deschide cavitatea abdominală. Se evacuiază o cantitate considerabilă de lichid bilos; se explorează organele cavităţii, se constată că stomacul, duodemul este hiperemic inflamat, la fel şi intestinele, pancreasul nu prezintă nodozităţi; este normal. La fel şi apenditele este normal. Epiplonul liber de steatonecroză. La explorarea spaţiului suprahepatic se evacuează o cantitate considerabilă de lichid bilos. Vezica biliară uşor dilatată, la presiune însă se evacuiază, nu se constată calcul nici în vezică nici în coledoc, la nivelul fundus-ului seroasa inflamată, de culoare violacee cu peretele foarte îngroşat, edematiat; — aspect necrotic. Se căuta vreo perforaţiune fără a se putea pune în evidenţă, nici atunci când provocăm umplerea ei cu presiune. Decidem colecistectomia şi drenaj. La deschiderea vezicei se constată în interior o cantitate de bilă îngroşată. Peretele gâtului vezical normal, numai în regiunea fundusului îngroşat de aspect necrotic, fără perforaţiune vizibilă. Lichidul din cavitatea abdominală steril şi fără a putea demonstra fermenţi pancreatici. In mersul postoperator în primele zile se evacuiază mult lichid, prezintă unele ascensiuni de temperatură, iar după 3 zile se evacuiază gaze, după trei săptămâni complet vindecat.

Părerea autorilor asupra patogenezei acestei afecţiuni sunt divizate, majoritatea autorilor acceptă cu scepticism posibilitatea existenţii unei peritonite biloase fără perforaţiunea căilor biliare. Burkhardt prin experimentări la câini a dovedit că chiar leziuni mari a vizicei biliare şi a coledocului se vindecă în puţine zile fără urme. Blud însă a arătat că prin fermenţii pancreatici coloizii bilei se distrug şi bila astfel alterată poate difuza prin pereţii căilor biliare.

Stüsser dă altă explicaţie patogenezei necrozei pereţilor vezicei biliare atribuind tulburărilor circulatorii a vaselor sanguine acest rol. Obturarea acestora, produce o necroză hemoragică sau anemică a pereţilor. In teoria asupra patogenezei ulcerului duodenal şi stomacal vorbim de teoria infarctului şi după analogia aceasta şi în cazul acestor necroze a pereţilor vezicali există aceleaşi relaţii şi condiţiuni. Contracţiuni pe bază de reflexe nervoase pot provoca tulburări circulatorii sau alteraţiuni artero-sclerotice pot avea aceleaşi influinţe de obturare asupra vaselor. Din toate teoriile explicative asupra peritonitei biloase concepţia lui Stüsser o considerăm cea mai plauzibilă şi luând în considerare toate constatările făcute

în cazul relatat de noi trebue să admitem existența peritonitei biloase fără perforațiune.

In ce privește conduita chirurgicală o serie întreagă de autori preconizează numai drenajul simplu a lojei subhepatice, — alții cu deschiderea veziceî. Stüsser propune numai pentru cazurile ușoare colecistectomia. După părerea noastră extirparea veziceî trebue să fie pentru toate cazurile metoda de electie, căci dată necroza peretelui lăsarea veziceî pe loc numai complicațiuni poate provoca.

LABORATOARELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Corelaţia endocrino-hypofizară.

De medic Maior **Dr. Liviu Ursu,**
Spitalul militar Sibiu.

Hypofiza, numită de Cushing „la glande maitresse" — are un rol foarte important, în regularea mai tuturor funcţiunilor organice. Este o glandă unică, situată la baza craniului, în şeaua turcească. Mărimea ei este de 0 gr. 20 la naştere şi creşte cu vârsta atingând între 40 şi 50 ani 0 gr. 80, ca apoi după 60 de ani să regreseze până la 0 gr. 60.

Hypofiza se împarte în trei lobi:

— cel mai mare — anterior — format din ţesut glandular, cu celule cromofile şi cromofobe. Celulele cromofile sunt şi ele de două feluri: unele acidofile şi altele bazofile;

— Lobul posterior, este format din ţesut nervos, având conexiuni cu diencephalul printr'o tijă. Acest lob conţine câteva insule glandulare;

— Al treilea lob, cel intermediar, la om este foarte mic, format tot din ţesut glandular, care secretă intermedina.

Una dintre cele mai importante funcţiuni a Hypofizei, este rolul de regulator al tuturor celorlalte glande endocrine. Hypofiza secretă o categorie de hormoni, numiţi „stimuline" cari pe cale sanguină (hemocrinie) acţionează direct asupra celorlalte glande endocrine, excitându-le. Aceste stimuline sunt strict specifice, pentru fiecare glandă, Hypofiza secretă o anume stimulină.

In 1927 Smith, pe cale experimentală, a demonstrat, că ablaţia Hypofizară, determina o atrofie a tuturor celorlalte glande endocrine şi că această atrofie poate fi împiedecată, s'au remediată prin injecţii de extract pituitar. Astăzi ştim că această acţiune a extractului pituitar se datoreşte hormonilor endocrino-stimulenţi, izolaţi de curând.

In clinică sub denumirea de „Syndromul Simonds", s'a descris o boală, caracterizată printr'o distrucţie tumorală a hypofizei şi care clinic se manifestă prin casexie profundă, progresivă, senilism

prematur, tulburări genitale, asthenie, ipotensiune, scăderea metabolismului bazal, tetanie etc.

Corelaţia endocrino-hypofizară, este supusă unei legi de echilibru; orice diminuare în secreţia unei glande endocrine, va declanşa o creştere în secreţia stimulinei respective, de către Hypofiză şi invers orice creştere de secreţie a unei glande endocrine, va determina o scădere în secreţia stimulinei respective.

De curând Collys, a dovedit existenţa unor anti-hormoni, cari iau naştere ori de câte ori injectăm timp îndelungat, doze maxime de hormoni: aceşti anti-hormoni ne explică stadiul refractar, care îl întâlnim în clinică, în urma tratamentului cu stimuline, în doze prea mari şi prea îndelungate.

Cele mai importante stimuline sunt următoarele: Thyreo-stimulina, descoperită de Aron. Injectată la animale tinere (cobai) a căror thyroidă se găseşte încă în repaos funcţional, sau la animale tyreo-prive, vom constata creşterea volumului glandei, şi după câteva zile o hyperthyroidie caracterizată prin: creşterea metabolismului bazal (30—50%) scăderea iodului tyroidian, creşterea rezistenţei faţă de intoxicaţia prin acetonitril, tachicardie, slăbire, exophtalmie. Dacă vom continua să injectăm acestor animale mai mult timp tyreo-stimulină, în curând v'om ajunge la insuficienţă tyroidiană, datorită anti-hormonilor. Aron, a demonstrat prezenţa tyreo-stimulinei în sângele şi urina omului adult. In sângele animalelor tyreoidectomizate şi la mixoedematoşi, Aron a observat creşterea apreciabilă a tyreo-stimulinei (legea echilibrului endocrino hypofizar). Din contră în hypertiroidia naturală sau provocată prin tyroxină, s'a constatat o diminuare a secreţiei de tyreo stimulină. Este probabil, că tyreo-stimulina joacă un rol important în basedovificarea guşei simple. Ipo-thyroida acestei guşe produce o mărire în secreţia thyreo stimulinei, care va stimula energic epiteliul glandei tyroide şi a la lonque va determina operaţia unui adenom secretor, care va continua să evolueze pe cont propriu cu toată diminuarea treptată a stimulinei, pe măsură ce va creşte hyper-tyroidia.

Hypofiza şi gonadele.

Incă din 1901, Babinski descriid syndromul adiposogenital, a evidenţiat turburările genitale în cursul afecţiunilor Hypofizare.

Ovar.

Lobul anterior, secretă trei gonadostimuline, — A. B. C. — Dintre aceste două A. B. numite şi prolan sunt secretate şi de placentă; a treia C., este secretată numai de Hypofiză.

Gonadostimulina A. Solubilă în apă provoacă o mărire a ovarelor şi condiţionează maturaţia foliculelor primordiale şi secreţia simultană de folicullnă.

Se găseşte în urina femeii gravide, a castratelor şi a celor atinse de cancer genital.

Gonadostimulina B. Insolubilă în apă. Ea nu are acţiune asupra ovarului infantil, ci acţionează numai asupra foliculelor mature — rupând foliculul — produce ovulaţia şi luteinizarea corpului galben. Injectată singură (fără A.) la animal adult determină producerea de corpi galbeni atretici, ţinând închis ovulul în interiorul foliculului. Se găseşte în urina femeii gravide şi în cantităţi foarte mari în mola hitatiformă. Tot el dă şi caracterele sexuale secundare.

Gonadostimulina C. Este secretată de celule basofile : Evans, a izolat în stare pură G. S. C. al cărui principal caracter este *termostabilitatea* — rezistă 30 minute la fierbere. Este absolut fără acţiune asupra ovarului, — injectată izolat — însă administrat în acelaş timp cu prolanul, determină o reacţie ovariană de o intensitate colosală (ovarele iau dimensiunile rinichilor).

In urina femeilor castrate şi atinse de cancer genital se găseşte şi G. S. C. alături de celelalte două în urina gravidelor în cantităţi foarte mari. Deasemenea în sângele şi urina iepelor gravide mai ales în primele luni se găseşte în cantităţi mari alături de celelalte două, fiindcă proveniența gonadostimulinelor în urina iepelor gravide este Hy, iar nu placentară ca la femee.

Legea echilibrului endocrino Hy. se aplică şi aci, injectând cantităţi mari şi timp îndelungat de gonadostimuline vom obţine un stadiu refractar, care se datoreşte formaţiunii de antihormoni contra G. S. A. Injecţiile prelungite de G. S. B. determină şi leziuni ovariene profunde şi de multeori ireparabile, toată glanda fiind transformată într'o massă de corpi galbeni.

Ablaţia ovarelor măreşte capacitatea de G. S. a glandei Hy. Smidt a demonstrat că lobul ante-hypofizar al femeilor castrate conţinea un număr mai mare de celule basofile şi chiar elemente noui, celule cu protoplasmă mare uşor basofile pe care le-a numit „celule de castraţie“ şi care probabil secretă G. S. Dacă la castrate administrăm folicullnă atunci nu se vor produce modificările descrise mai sus ceea ce denotă că dispariţia folicullnei determină mărirea compensatrice a secreţiei de G. S. şi că modificarea histologică a lobului anterior rezultă din această adaptaţie funcţională. In urina femeilor castrate şi la menopauză spontană se găseşte în mod constant în sânge şi urină o cantitate apreciabilă de hormoni gona-

dotropi. Din contră administrarea dozei masive de foliculină la un animal intact determină o diminuare a activităţii gonadotrope şi o atrofie ovariană. Istologiceşte constatăm că numărul celulelor basofile diminuiază, iar celulele cromphobe cresc. Dacă vom continua injecţiile cu foliculină vom constata apariţia a unor noui celule cu protoplasma uşor acidofilă numite celule de „sarcină", imagine pe care o întâlnim la ovarul din timpul „sarcinei".

Hy. şi testicul.

Injecţiile de prolan, la un animal mascul sau la om determină o hyperplazie a glandelor interstiţiale fără a modifica epitelul germinal şi spermatogeneza, această hyperplazie este însoţită de o hypersecreţie de hormoni genitali masculi (echivalentul folicului), care va determina o hypertrofie considerabilă a veziculelor seminale şi a prostatei. Fapt important că numai G. S. B. şi prolanul B. dă această reacţie testiculară pe câtă vreme prolanul A. nu are nici o acţiune. La om extractele Hy. nu stimulează spermatogeneză însă accelerează apariţia caracterelor sexuale secundare la copii şi provoacă descinderea testiculară la criptorchidici.

Gonadostimulinele în terapeutică.

Nu există încă în comerţ G. S. A. şi B. izolate ci numai amestecate aceste 2. Se poate întrebuinţa şi injecţii intra musculare de sânge şi urină sterilizate prin filtru Berchefeld. Dacă întrebuinţăm prolanul trebue în acelaş timp şi un extract Hy. (G. S. C.), se va injecta 5 cc. de urină sau 1—2 cc. ser sanguin de gravidă.

Indicaţii. Amenorhee extra ovariene — nechirurgicale — primitive datorită unei insuficiente Hy. Aceste injecţii vor fi precedate de o serie de injecţii de foliculină — doze mari — pentru a hipertrofia uterul atretic. In fiecare moment trebue să ţinem cont de stadiul refractar şi să nu-l prelungim prea mult acest tratament.

A 2-a indicaţie este tratamentul menoragiilor.

Hormonul B. având un remarcabil efect asupra hemoragiilor uterine oricare ar fi cauza lor — în doze mari 20 cc. urină pe zi sau în cazuri de urgenţă o mică transfuzie dela un doneur gravid.

La bărbat G. S. sunt indicate în tratamentul infantilismului genital şi în ectopia testiculară precum şi în impotenţă, cu totul inutil în aspermatogeneză.

Hy. şi glandele mamare.

Lobul anterior Hy. secretă o stimulină „prolactin" indispensabilă declanşării şi menţionării lactaţiei („celulele acidofile").

Dacă extirpăm Hy. la animalele gravide fără a întrerupe sarcina, constatăm că lactaţia nu survine la aceste animale deşi naşterea a fost normală la termen. Dacă această hypophisectomie a fost practicată după naştere în timpul alăptării vom constata că în 24 de ore această lactaţie va înceta.

In 1933 Riddel şi Bates au izolat stimulina lactogenă din lobul anterior numind prolactin, care deşi preparat foarte pur n'a putut fi izolat sub forma cristalizabilă. Este un hormon termostabil rezistând la o fierbere timp de o oră şi nu este ultrafiltrabil. Injectat la cobăiţe adulte determină apariţia unei secreţii lăptoase în 4 zile. Acelaşi acţiune o exercită şi asupra glandelor mamare a cobailor masculi castraţi cu condiţia ca prealabil să fie sensibilizaţi prin injecţii de foliculină. La animalele impubere este fără acţiune ceia ce denotă că secreţia ovariană este indispensabilă pentru sensibilizarea glandei mamare faţă de acţiunea prolactinului. Injectat la animale hypophysectomizate face să apară şi la acestea secreţia lăptoasă, Acţiunea galactogenă a prolactinului este de scurtă durată, nedepăşind 1—3 săptămâni datorită antihormonilor.

Fiziologia lactaţiei. Pe baza unor experienţe se poate conchide că foliculina prepară Hy. pentru a adapta funcţiuni galactogene şi tot juliculina este şi factorul inhibitor care împiedică apariţia lactaţiei înainte de naştere. Foliculina are şi asupra glandei mamare o acţiune directă în timpul sarcinei, provocând proliferarea acinilor şi canalelor galactofore care măresc potenţialul de secreţie a glandei. Dacă examinăm antehypophiza unui animal în curs de lactaţie vom constata un aspect identic hystologiceşte, cu cel din timpul sarcinei: existenţa în abundenţă de celule largi mari cu protoplasma uşor acidofilă numite „celulele de sarcină". Este deci probabil că aceste celule secretă prolactinul. Injecţiile de foliculină după naştere împiedică apariţia laptelui, în doze masive poate opri o lactaţie deja instalată.

Această acţiune a foliculinei se datoreşte acţiunei asupra Hy. împiedicând secreţia de prolactină, căci dacă la o cobăiţă recent fătată şi la care s'a împiedecat apariţia laptelui prin injecţii de foliculină îi vom administra prolactin, imediat va surveni lactaţia. Prolactinul injectat la cobăiţă gravidă determină în mod constant avortarea în 24 ore, ceia ce denotă că secreţia acestui hormon Hy. este incompatibilă cu o sarcină în evoluţie. In sângele şi urina animalelor gravide nu se găseşte nici urmă de prolactin. Cercetări recente făcute de Collip au demonstrat că uterul are un rol în declanşarea lactaţiei. Se pare că factorul mecanic de umplere sau vacui-

tate a uterului joacă un rol important în determinarea lactaţiei. De altcum este un fapt de mult constatat că retenţiile placentare spontane sau experimentale împiedică apariţia secreţiei lactate; deci trebue să admitem că secreţia mamară este pornită printr'un reflex humoral pur şi un reflex nervos al cărui segment centripet îl formează traectul: organele-genitale Hy. In mai multe cazuri de sarcini la paraplegice nu s'a observat nici cea mai mică secreţie lactată după naştere.

In concluzii: lactaţia care survine la câteva zile după naştere se datoreşte următorilor 2 factori.

1. Secreţiei masive de prolactin de către antehypophiză a cărei structură este adaptată în mod progresiv acestei funcţiuni în cursul sarcinei sub influenţa de doze crescânde de folicullină prezente în sânge pe tot decursul acestei perioade. Secreţia de lapte nu începe decât după naştere adică după dispariţia unei duble inhibiţii: una hormonală, folicullină care se elimină repede prin urină odată cu expulzia placentei;

2. Stimularea nervoasă a glandei mamare sub influenţa unei incitaţiuni cu punct de plecare uterin trezit la fel prin scăderea bruscă a volumului uterin. Acest factor este foarte important la mamifere unde destrucţia măduvei împiedică apariţia laptelui. Sugerea sau chiar şi numai manipularea mameloanelor determină pe cale reflexă persistenţa secreţiei de prolactin şi deci alăptarea. Amenorea din timpul lactaţiei este atribuită acţiunei directe a prolactinului asupra ovarelor.

Prolactin în clinică. Originei Hy. a prolactinului se datoreşte galactoreele ce se observă în cursul afecţiunilor sistemului Hypopizomezencephalic, în acromegalie, în sindromul infundibulotuberian şi în siringomielie. In acromegalia fugitivă Cusing a demonstrat că galactoreea este simptomul major. In toate aceste cazuri la autopsie s'a constatat în antohypophiză, existenţa unui adenom cu celule de sarcină. Această agromegalie fugitivă se observă foarte frecvent în cursul sarcinei şi alăptării adică în 2 momente când Hy. conţine numeroase celule de sarcină, care sunt foarte aproape de celulele eosinofile care secretă hormonul de creştere.

Personal am văzut mai multe cazuri de acromegalie fugitivă, la femei gravide mai ales primi-pare, care au constatat cu groază, că în timp de 2—3 luni, mâinile şi picioarele le-au crescut cu câte 2 şi chiar 3 numere (la încălţăminte) — într'un caz o doamnă care anterior purta un pantof cu 36, ulterior şi 39 îi era mic. La aceasta se mai adaogă o creştere a nasului, limbei, buzei superioare ceea ce

dădea figurei o expresie complet diferită de cea anterioară. In toate aceste cazuri după naştere s'a revenit la normal.

Corelaţia hypophizo-paratyroidă este cea mai puţin studiată deşi explorarea lor este cea mai uşoară fiindcă prin dozarea calciului sanguin putem depista orice alterare funcţională a paratiroidelor.

Hypophizectomia determină o insuficienţă P. T. relativă mai puţin intensă decât insuficienţa tiroidă sau a gonadelor. Aceasta se poate constata hystologic prin atrofia celulară, iar funcţional prin hypocalcemie şi prin obliterarea progresivă a cavităţilor pulpare dentare — fenomen ce se observă în tetanie paratireopriva. Paratirostimulina este termolabilă şi nu este ultrafiltrabilă. Sângele şi urina femeii gravide conţine cantităţi mari de P. T. stimulină, a cărei origină poate să fie pituitară sau placentară. Aceste excese de P. T. stimuline în timpul gestaţiei ne explică decalcifierea atât de frecventă în timpul sarcinei.

In clinică: Tetania spontană — hipoparatiroidism — poate fi de origine hypofizară primitivă.

In sindromul adenom basofil a lui Cusing, simptomele de hyperparatiroidism sunt foarte clare: decalcifiere osoasă intensă şi generalizată, fracturi spontane şi hypercalcemie, obezitatea ostoporotică a lui Rutishauser.

Este deci foarte probabil că hypersecreţia hypofizară de paratiro-stimulină este cauza primitivă a unui număr însemnat de maladii prin hiperparatiroidism.

Cortico-stimulina. Glanda suprarenală histologic este compusă dintr'o substanţă corticală şi alta medulară. Substanţa corticală este constituită din trei zone:

a) glomerulară;

b) fasciculară;

c) reticulară.

Ablaţia hypofizei la animale determină o atrofie areolară a zonei reticulară şi fasciculare, respectând zona glomerurală şi substanţa medulară, această atrofie este însoţită şi de o insuficienţă suprarenală, astenie. La om observăm aceleaşi simptome în sindromul Simmonds. Prin plantaţie de lob anterior sau injecţie cu extract antehipophizar se pot împiedica apariţia acestor atrofii sau cel puţin se corijează.

Collip-Anselmino şi Hoffmann au izolat hormonul corticotrop, a cărui absenţă condiţionează atrofia zonei fasciculare. Injectat la animale hypofizectomizate produce o hyperplazie considerabilă a cortexului (300% zonei fasciculare) prezentând o imagine foarte clară

de hyperplazie funcţională. In acelaş timp se observă şi o mărire considerabilă a conţinutului lipoidic a cortexului.

Proprietăţi fizice: Termostabilă (rezistă 30' la fierbere). Ultrafiltrabilă. Probabil că, este secretat de celulele basofile. Ablaţia unei singure capsule determină o hyperplazie compensatrice a celeilalte capsule cu condiţia ca hypophiza să fie intactă prin mecanismul următor: insuficienţa suprarenală provoacă o hypersecreţie de cortico-stimulină hypophizară — legea echilibrului endocrinohipophizar — care acţionează asupra capsulei rămase, hipertrofiindu o. Invers adenomul cortical unilateral la om este însoţit de atrofia corticală a glandei opuse fiindcă hiperepinefrismul diminuă secreţia de cortico-stimulină.

In clinică. In stările de hypopituitarism datorită maladiei Simmonds (craniofaringiom) există în mod constant şi o atrofie corticală foarte accentuată însoţită de semne de insuficienţă suprarenală. Din contră în adenomul bazofil maladia a lui Cusing — în mod constant observăm o hiperplazie considerabilă cu predominenţa asupra zonei fasciculare şi care se traduce prin următoarele simptome:

Obezitate dureroasă cu predominenţă asupra trunchiului şi abdomenului, hipertrichoză, hipertensiune, etc. In maladia Addisonne tbc. datorită atrofiei corticale, Kraus a observato diminuare a celulelor basofile şi semne de hipopituitarism, ceea ce ne îndreptăţeşte să presupunem că în această afecţiune insuficienţa suprarenală este datorită unei hiposecreţii primare şi izolată de cortico stimulina.

Hypofiza şi pancreasul.

Corelaţia Hy Pancreatică este partea cea mai complexă a endocrinologiei. Hy. secretă trei hormoni glucidici: pancreato-stimulina, hormonul diabetogen şi hormonul glicogenolitic.

Pancreatostimulina.

Izolată în 1933 de Anselmino şi Hoffmann este foarte termolabilă (se distruge chiar şi la 60 grade) ultrafiltrabil. Injectat la şobolani, care au fost sacrificaţi după patru zile la autopsie s'a constatat modificări morfologice a pancreasului, analoage cu cele observate de Herzheimer după legătura canalului lui Wirsung, adică hiperplazie funcţională pancreatică cu mărirea conţinutului glandei în insulină, Anselmino injectând la câini preparate de pancreato-stimulină pură a obţinut:

a) O hipoglicemie,

b) O diminuare a hiperglicemiei alimentare,

c) O diminuare a hiperglicemiei adrenalinice. Aceasta acțiune a pancreato stimulinei nu se observă la animalele pancreatoprive, ceea ce denotă o stimulare funcțională a pancreasului endocrin.

P. S. în clinică, nu joacă un rol important în patologia turburărilor metabolismului glucidic, totuși unele diabete ușoare par a fi cauzate de insuficiență primitivă de pancreato stimulină. In schimb este probabil că unele forme de hypoglicemii spontane fără adenom pancreatic sunt datorite unei hipersecreții de P. S. Astfel Wilder a descris o afecțiune: Hipoglicemia spontană Hypophizară, în care coexistă semne de hyperplazie pancreatică difuză și de supra activitate hypophizară, iar Lloid la un bolnav cu hipoglicemie a constatat un adenom hypophizar și o hiperplasie adenomatoasă a insulelor lui Langerhaus. Raporturile dintre pancreas și P. S. satisfac legea echilibrului endocrinohypophizar, astfel ablația parțială a pancreasului determină apariția de insule de neoformație în bontul glandular sub influența hipersecreției de P. S. secundare insuficienței pancreatice, — Terbrügen arăta că deseori la autopsia diabeticilor alături de leziuni de degenerescență pancreatică se găsesc zone de neoformațiuni insulare cari dovedesc un exces de P. S. Probabil că în unele cazuri această hypersecreție de stimulină poate să determine o hiperpancreație și chiar un adenom insulogenic; așa se explică observațiile de hypoglicemii succedând unui diabet, descrise de mai mulți autori. De altcum Hy. animalelor de pancreatate prezintă semne hystologice de supra activitate.

Hormonul diabetogen = hormon contra insulină. Isolat de Houssay nu este ultra filtrabil.

Injectat la animale vom observa:

a) Hyperglicemie ridicată,

b) Glicosurie (zeci de grame),

c) Modificarea curbei de hiperglicemie provocată — tip diabetic,

d) Insuficiență glicolitică — quațientul respirator a jeun diminuat și după o masă cu glucide nu se ridică,

e) Denutriție,

f) Acidoză.

Acest sindrom de diabet experimental este identic cu cel determinat prin pancreatectomie. Singura deosebire este că primul este insulino rezistent, relativ (cu atât mai mare cu cât dozele de hormoni injectate sunt mai mari), fapt important prezența ficatului este indispensabilă, acest organ apare din ce în ce mai mult ca centrul esențial al regulării metabolismului glucidic. Hormonul diabetogen este antagonistul insulinei. Administrând insulină și hormon

diabetogen în acelaş timp nu se va produce hypoglicemia. Acest hormon este secretat şi de lobul posterior. In metabolismul glucidelor hormonul diabetogen joacă un rol foarte important. Dacă suprimăm pancreasul unui animal acţiunea H. D. devine preponderantă determinând o hiperglicemie permanentă. Dacă acestor animale le suprimăm şi Hy. sângele îşi va pierde puterea hyperglicemiantă. Sângele animalelor de pancreatate conţine un exces de H. D. fie datorită supresiunei acţiunei antagoniste a insulinei, fie datorite unei hipersecreţii H. D. secundare. Din contră animalele hypophizectomizate prezintă o preponderenţă a sistemului hypoglicemiant şi absenţa H. D.: hypoglicemie à jeun, diminuarea hyperglicemiei alimentare, exagerarea hypoglicemiei reacţională post hyperglicemică, sensibilitate exagerată faţă de dozele mici de insulină. Haussay prin experienţele sale a dovedit rolul esenţial al Hy. în diabet. Animalele depancreatate şi hypophizectonizate ard glucidele, căci quoţientul respirator se ridică după îngerarea de zahăr; proba este făcută că organismul poate şi fără intervenţia insulinei să dezintegreze hidraţi de cărbune cu condiţia ca în sânge să nu mai fie hormoni hypophizari pancreatotropi. In lumina acestor noui descoperiri insulina apare ca un simplu hormon hypoglicemiant, care nu joacă rol direct în metabolismul glucidic. Deşi glandele supra renale şi tiroidă secretă şi ele hormoni hyperglicemianţi, totuşi diabetul animalelor pancreato-prive nu este influenţat de ablaţia acestor glande ca prin hypofizectomie. Este încă greu de a preciza rolul H. D. în patogenia diabetului uman. Totuşi, în diabetul acromegalic hipersecreţia primitivă H. D. pare a fi cauzală căci acest diabet prin insulino rezistenţa sa este indentic cu cel experimentar obţinut de H. D. In sindroamele hypoglicemice hyposecreţia acestui hormon este dovedită: Casexia simmonds şi adenom cromophob.

Hormon glicogenolitic. Anselmino şi Hoffmann au izolat acest hormon ultrafiltrabil uşor termostabil (rezistă la scurtă fierbere) este secretat şi de lobul posterior, injecţiile cu acest hormon produc o diminuaţie a glicogenului hepatic fără a mări glicemia, deci nu este o mobilizare a rezervelor glucidice ale ficatului căci produce o uşoară hypoglicemie. Este deci probabil că această diminuare a glycogenului hepatic este datorită unei exagerări de punere în rezervă a glucidelor ficatului, cari sub influenţa acestui hormon depăşeşte stadiul de glicogen pentru a forma un compus mai stabil şi mai puţin utilizabil decât glicogenul. Acest compus îl ignorăm încă, însă probabil este un lipid.

Hypophiza şi Metabolismul glucidelor.

Aselmino şi Hoffmann studiind sângele a 8 bolnavi de diabet, au constatat că toţi conţin à jeun cantităţi foarte mari de hormon glicogenolitic; această secreţie este provocată prin stimularea constantă a hypophizei de către hiperglicemia permanentă a diabeticilor. La diabetici există deci un exces de transformare a zahărului într'un compus hipotetic, mai stabil decât glicogenul. Tulburările metabolismului glucidic la diabetici n'ar rezida într'o incapacitate a organismului de a oxida glicogenul, datorită unei insuficienţe de hormoni de combustie — insulina, ci mai de grabă unei insuficienţe a cantităţii de glicogen hepatic şi muscular utilizabil datorită unei fixaţii excesive de glucoză prin transformarea foarte rapidă a glicogenului în compuşi nemetabolizabili.

Adevărata cauză a diabetului ar fi hiperglicemia, iar insulina nu este decât un hormon hipoglicemiant fără nici o acţiune directă, este numai datorită diminuării hiperglicemiei — hormonul diabetogen şi insulina sunt antagonişti — şi astfel încetinează secreţia de hormoni glicogenolitici — şi prin aceasta catabolismul hidraţilor de cărbuni.

Hyperglicemia se întâlneşte ori de câteori este o perturbare în echilibrul sistemului regulator al glicemiei: fie prin insuficienţa sistemului hypoglicemiant (insuficienţă pancreatică) fie prin hipertonia sistemului hyperglicemiant (hipersecreţie de contra insulină, hipercorticostimulină şi hiperparatireo-stimulină). Anselmino şi Hoffmann au mai constatat în sângele diabeticilor à jeun şi hormonul acetonemiant hypofizar, care în mod normal nu apare decât după ingerarea de grăsimi. Acest fenomen explică combustia excesivă de lipide la diabetici pentru a înlocui metabolismul deficient al glucidelor. Aceasta explică satisfăcător acidoza diabetică. Din cele de mai sus rezultă că tratamentul diabetului ar fi mai raţional acţionând asupra hypophizei decât tratamentul clasic prin regim şi insulină.

Romano şi Fucci au obţinut rezultate bune în tratamentul diabetului prin radioterapia hypophizară.

Tumoră chistică pulmonară congenitală, comunicând cu arborele tracheo-bronşic.

De

Dr. Cornel Manta şi **Dr. Liviu Stupariu**
medic primar. medic secundar.

Tumorile chistice pulmonare congenitale sunt rari în practica medicală obişnuită. Literatura medicală cuprinde destul de numeroase publicaţiuni de cazuri de chiste pulmonare congenitale, însă cazurile în care ele să comunice cu arborele tracheo-bronşic, sunt foarte rari.

Acest motiv ne-a determinat a publica cazul observat de noi şi descris mai jos.

Bolnava E. P., în etate de 7 ani, se prezintă la consultaţiile noastre în anul 1936, acuzând uşoară jenă toracică, tusă uşoară cu expectoraţie mucoasă şi febră 38,2, care datează de 4—5 zile.

In antecedentele personale şi heredo-colaterale nimic deosebit de remarcat.

Examenul fizic: De constituţie normală.

Tegumentele şi mucoasele normal colorate.

Ganglionii nu se palpează. Sistemul nervos intact. La examenul gâtului un eritem faringean şi amigdalită simplă catarală.

Aparatul respirator: Toracele de configuraţie normală. La percuţie sonoritate pe ambele hemitorace, iar la ascultaţie o respiraţie veziculară cu discrete raluri sibilante şi ronflante.

Aparatul circulator normal.

Abdomen normal.

La examenul urinei: albumină, puroiu, zahăr şi sânge negative.

La examenul sputei, B. Koch negativ.

In consecinţă se stabileşte diagnosticul de gripă. După un tratament de 3 zile temperatura scade la normal, bolnava se simte mai bine şi doreşte să plece acasă.

Intru cât părinţii bolnavei afirmă că ea face repetate gripe de acestea şi apoi au observat că la eforturi mai mari devine dispneizantă, i-am făcut şi un examen radioscopic al toracelui.

Spre surpriza noastră am constatat în jumătatea superioară a pulmonului drept, o imagine aeriană circulară de mărimea unei mandarine, care la fiecare inspiraţie creştea în volum, micşorându-se la expiraţie.

In partea ei inferioară, această imagine chistică aeriană se confundă cu o imagine de o transparenţă redusă, opacă, situată în jurul mediastinului, continuându-se în jos şi confundându-se complet cu mediastinul.

Pe baza examenului clinic s'a făcut deci diagnosticul de gripă, care s'a şi vindecat, iar completând cu examenul radioscopic şi radiografic am stabilit diagnosticul de tumoră chistică pulmonară congenitală în comunicaţie cu arborele tracheo-bronşic.

In cazul nostru deşi era o comunicare între chistul pulmonar şi arborele bronşic, respiraţia veziculară nu a prezentat nici o modificare şi nici un alt semn steto acustic nu îi trăda existenţa, rămânând o surpriză de Röntgen. Ar fi fost indicat în cazul nostru şi o injecţie cu Lipiodol care ar fi evidenţiat şi mai bine chistul, însă s'a refuzat din partea aparţinătorilor bolnavei.

Chistele aeriene pulmonare se împart în 2 (două) categorii: 1. cari comunică cu arborele tracheo bronşic; 2. care nu au comunicare. Cazurile din categoria 1 — cum este şi al nostru — sunt mai rare, iar cele din a 2-a mai frecvente.

Se mai împart apoi în chiste solitare şi chiste multiloculare, cari însă au o geneză deosebită.

O altă împărţire a chistelor aeriene pulmonare este 1. *congenitale*; 2. *câştigate*; 3. *supurate*.

Chistele congenitale — cum este şi cazul nostru — sunt mai frecvente la copii, dar le găsim şi la adulţi.

Etiologia acestor chiste aeriene nu este lămurită şi sunt mai multe ipoteze.

Virchow le considera ca Lymphangectazii congenitale.

Armand-Delille, Lestocquoy şi Huguenin consideră chistele congenitale pe care ei le descriu sub numele de peudo-bronşectazii congenitale — ca manifestaţiuni dysembryoplasice, care pot avea o evoluţie progresivă, dar dau tulburări grave din momentul ce sunt infectate. Ei apropie aceste manifestaţiuni de acele care dau naştere rinichiului polikistic.

Gramitz, la fel le consideră cu bronşectazii congenitali.

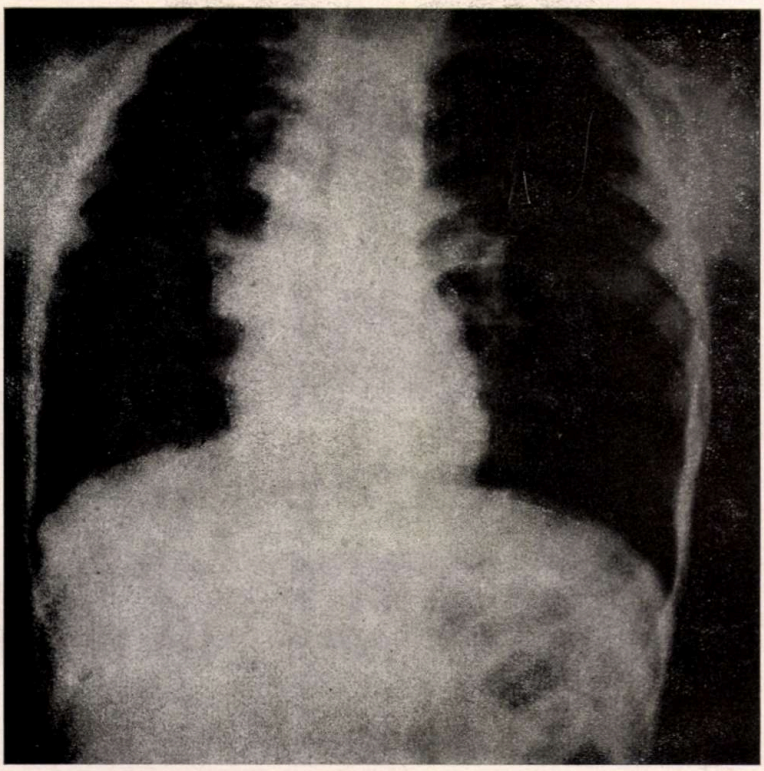


Fig. I In expiraţie.

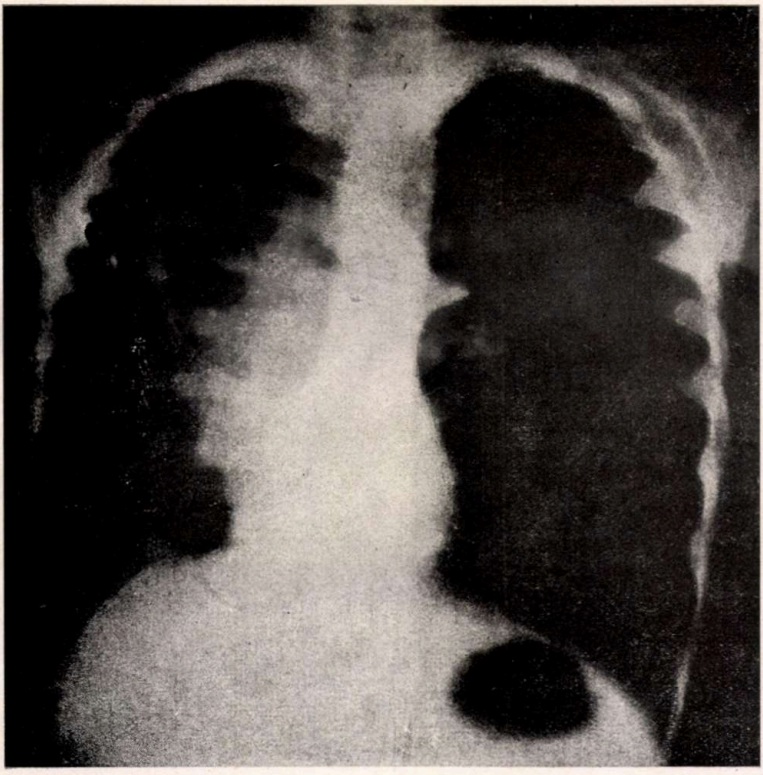


Fig. II. In inspiraţie.

M. Brulé, P. Hillemand, J. Delarne şi R. Gaube admit, la fel, natura dysembryoplastică a chistelor aeriene.

Aceşti autori împart chistele congenitale în 3 categorii: 1. mici şi mijlocii; 2. gigante; 3. supurate.

Cele dintâi, sunt clare, rotunde sau policiclice şi sunt sau latente sau manifeste prin tulburări care arată extensiunea, sau infecţiunea, sau prin hemoptizii mici.

Cele din a 2-a, simulează pneumotoraxul, iar cele din a 3-a categorie, evoluiază ca o supuraţie broncho-pulmonară, cu imagine hidro-aerică şi greu de diagnosticat

Borst vorbeşte despre un pulmon secundar chistic.

Stoerk le consideră ca adenom pulmonar alveolar chistic.

Chistele aeriene pulmonare *câştigate* au fost descrise de Amenille şi Rendu la adulţi şi care pot fi tardiv câştigate. Aceste chiste sunt de origina emfizematoasă şi sunt cloasonate prin fine coarde încrucişate, iar în apropierea lor au observat vascularite obliterante abundente.

P. Pruvost, Boissonet şi Lecomte au observat la un sifilitic, un chist aerian, care mult timp a fost considerat ca şi cavernă tuberculoasă.

Chiste aeriene *supurate* au fost descrise de Sergent şi Komulsky. La aceste cazuri autorii subliniază regularitatea imaginei, fixitatea ei în decursul examinărilor succesive şi includerea lor în parenchim, în cazuri de chiste a bazei pulmonare.

Evoluţia chistelor pulmonare aeriene congenitale este de multe ori staţionară şi deci favorabilă.

H. Hennel publică 8 cazuri de chiste aeriene congenitale la adulţi.

C. Heckmann, publică un caz de chist aerian pulmonar la o femeie de 56 ani, care deşi destul de mare nu a provocat niciodată tulburări bolnavei.

Infecţiunea însă, este un factor evolutiv al acestor chiste aeriene.

Aceste infecţiuni sunt mai frecvente — bineînţeles — la chistele care comunică cu arborele bronşic.

Cazul fetiţei noastre, — pe care o observăm din anul 1936 — deşi are un chist în comunicaţie cu arborele bronşic, — nu a prezentat nici o modificare în acest timp de 2 ani şi nu i-a provocat niciu tulburare până în prezent.

Prognosticul poate fi considerat favorabil în chistele congenitale, mici, mijlocii şi chiar şi în cele mari când sunt unice şi nu comunică cu arborele tracheo-bronşic.

Este mai puțin favorabil diagnosticul la chistele care comunică cu arborele tracheo-bronșic, — când este pericolul de infecțiune — și apoi în chistele multiloculare — câștigate, — care de cele mai multe ori sunt produse de infecțiuni și de sclerozele pe care le provoacă acestea. Prognosticul este mai rezervat în chistele supurate.

Tratamentul în chistele mici, mijlocii și staționare este observația. În cazurile cu evoluție progresivă și infectate, pneumotoraxul artificial poate să dea ameliorațiuni remarcabile.

D. A. Ugon a făcut în un caz, lobectomie cu rezultat bun.

La chistele supurate Sergent și Kowalsky consideră drenajul ca singurul tratament posibil.

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

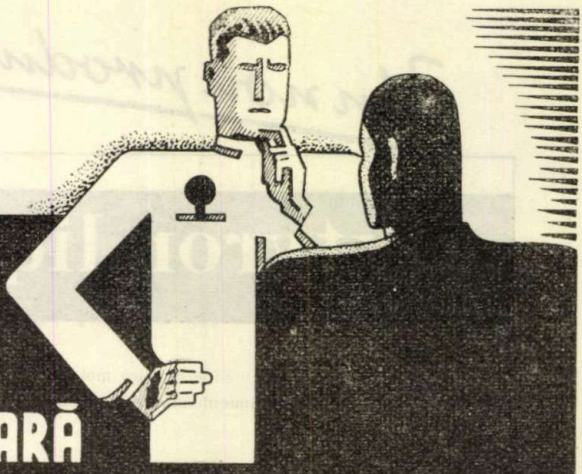
Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.
10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice,
Str. Atena 29, București 3.

„CHINOIN"



Singurul preparat
chimioterapeutic
în toate cazurile de

TUBERCULOZĂ EXTRAPULMONARĂ

Rubrophen

INJECȚIUNI - DRAGEURI - POMADĂ

EXCLUSIVITATEA: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI-I-STR. SFT. CONSTANTIN Nº4

TERAPEUTICA
STIBIATA
INTRAMUSCHIULARA
PRIN

ANTHIOMALINE

Antimonio-Tiomalat de litiu

SOLUTIE APOASA TITRAND 6 % SARE (0,01 gr. de Sb pe cc.)

Cutii de 10 fiole
de 1 cc. şi 2 cc.

PREZENTA SULFULUI
IN MOLECULA

INJECTII INTRAMUSCHIULARE

Toleranţă locală şi
generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)

LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE
HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECŢII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon - Paris - 8ème

SPECIA

Vaccinoterapia antigonococică intravenoasă în artritele gonococice.

De

Dr. Mihail Gherasim, şi **Dr. Alexandrina Gherasim,**

Medic primar al Spitalului Tg. Săcuesc. Medic secundar.

Valoarea vaccinoterapiei antigonococice în uretrita sau vulvovaginita gonococică acută este, după părerea aproape unanimă astăzi, nulă. Nu tot atât de categoric a fost tranşată chestiunea valorii vaccinului antigonococic în complicaţiile blenoragiei. Aci însă este necesară o discriminare: vaccinoterapia întrebuinţată la poarta de intrare (Basset, Poincloux) fie aplicată pe cale subcutanată sau intramusculară are tot atâţia partizani cât şi detractori. Pentru noi personal, vaccinoterapia antigonococică întrebuinţată altfel decât pe cale intravenoasă, este complet iluzorie.

Intr'o comunicare a noastră la Soc. de Urologie din Bucureşti [1]) am putut să arătăm valoarea acestei metode în epididimitele gonococice şi să furnizăm, după cât ştim cea mai mare statistică românească (100 cazuri) în această chestiune. Metoda, deşi puţin răspândită, a fost însă întrebuinţată înaintea noastră. In România Prof. Iacobovici şi Ţeposu, apoi Botez, Noica, Rotbaş şi în special Paul Constantinescu şi Dobrescu (Rev. Rom. de Urol. Nr. 4 din 1935) au fost promotorii acestei metode. Cei mai mulţi au întrebuinţat vaccinul antigonococic Cantacuzino. Bruck a preconizat Arthigonul, Sommer, Kolle şi Hetch alte vaccinuri (Dmelcos) toţi cu bune rezultate evidente. In ultimul timp P. Constantinescu reia chestiunea la Congr. de Urologie din Paris, 1937.[2])

Intrebuinţarea metodei ne-a dat rezultate neaşteptate. Aceste rezultate au constat în încetarea durerilor, simptomul cel mai supă-

[1]) Drii *Gh. Olariu, M. Gherasim, Garotescu*: Traitement des epididimites gonocociques par le vaccin antigonococique intraveineux. Rev. Rom. de Urologie, pag. 510, 1936.

[2]) *Dr. P. Constantinescu*: Sur la valeur de la vaccinothérapie intraveineuses dans les gonococies. Com. Congr. Fr. d'urol. Paris, 1937.

rător, în 24 ore după prima injecţie, rezoluţie completă după circa 4 inj. deci în 6—8 zile de tratament, vindecări în 50 la % din cazuri, ameliorări în 40 la % şi la acestea din urmă cu sedarea completă a durerilor. Insuccesul la acest proces de 40 la % a constat în persistenţa timp de 2—3 săptămâni a unui nodul epididimar, care însă nu a supărat pe bolnav în activitatea sa, unii bolnavi putând fi trataţi ambulator.

Incurajaţi de aceste rezultate am extins metoda, vaccinoterapiei gonococice intravenoase întrebuinţând-o cu succes la alte complicaţii ale blenoragiei ca artrite, salpingo-ovarite. Rezultatele pe cari le-am obţinut ne îndeamnă a le publica, metoda fiind foarte uşor de aplicat şi fiind convinşi că aplicarea intravenoasă a vaccinului antigonococic este singura care poate da rezultate practice evidente.

Dăm pe scurt câteva cazuri de artrită gonococică tratate prin vaccinoterapie intravenoasă:

Obs. I. foaia Nr. 151 din 31, 1937. Bolnava F. A. vine în spital pentru dureri şi tumefacţia artic. genunchiului dr. a artic. radio-carpiene de aceeaş parte şi o scurgere uretrală abundentă. Scurgerea a început cu 27 zile înainte de internare. La 15 zile după debutul blenoragiei, bolnavul simte dureri în genunchiul dr., cari crescând duc la impotenţa funcţională a membr. inf. dr. Concomitent artic. se tumefiază, tegumentele devin roşii, febra urcă la 39°. La 2 zile după apariţia acestor fenomene este văzut de un medic care instituie un tratament local cu raze ultra-scurte. După 8 şedinţe bolnavul nu numai că nu simte nici o ameliorare, dar fenomenele locale se accentuează. La scurt timp după prinderea artic. genunchiului dr. apar fenomene similare la nivelul artic. pumnului de aceeaş parte. Starea locală şi generală agravându-se, după 12 şedinţe de ultra-scurte, bolnavul se internează în spital.

In momentul internării prezintă o scurgere uretrală durând de 27 zile, destul de abundentă, fără jenă în micţiuni nici erecţiuni dureroase. Artic. genunchiului dr. este tumefiată, tegumentele roşii-violacee, extrem de dureroasă la palpare, imobilizată în uşoară flexiune. Fundurile de sac sunt turgide, fluctuente, la punctie se scoate un lichid purulent, 100 cc. Artic. pumnului dr. este de asemenea tumefiată, roşie, dureroasă spontan şi la explorare, degetele în semiflexiune, la palpare se simte o impăstare profundă; edem al feţii dorsale a mâini. Urini turburi, conţin filamente în 3 pahare succesive. Prostata uşor mărită, sensibilă. Febra 38.5, nimic deosebit în rest.

Frotiu din secreţia uretrală: rari gonococi extra-celulari, f. deşi intracelulari, numeroase polinucleare întregi şi alterate.

Frotiu din exudatul artic: nu se găsesc microbi, frecvente polinucleare şi celule plate, rare limfocite.

Tratament. In prima zi se face 1/5 cc. vaccin antigonococic Cantacuzino intravenos. Reacţie violentă, frisson după 1/2 oră dela injecţie, apoi febră 41°, care durează circa 2—3 ore. Seara, durerile spontane dela nivelul artic. bolnave sunt mult diminuate, a 2-a zi durerile au dispărut aproape complet, însă celelalte fenomene, tumefacţie, impotenţa funcţională, persistă. După 48 ore se practică o a 2-a inj., crescând doza la 2/5 cc. După a 2 a inj. adică la 4 zile dela internare, ameliorarea este atât de evidentă că bolnavul se poate da jos din pat şi face câţiva paşi fără ca mersul să-i provoace dureri. Se continua astfel 10 zile, făcând la fiecare inj. o diviziune în plus, astfel că la ultima facem 1 cc. De fiecare dată inj. este urmată de o reacţie generală numai după prima am observat în plus şi o reacţie de focar în sensul unei accentuări a durerilor şi tuturor fenomenelor inflamatorii articulare toate transitorii. La intervalul dintre inj. febra scade la 37°, tumefacţia ambelor articulaţii regresează treptat, artic. recuperându-şi mobilitatea normală, durerile dispărând complet. Subliniem faptul că durerile spontane şi impotenţa funcţională completă care durau de 12 zile, au dispărut aproape complet după primele 2 inj. Paralel s'au făcut bolnavului largi spălături uretro-veziceale, rămânând în spital 33 zile până la vindecarea uretritei, asupra căreia se pare că vaccinoterapia nu a avut nici un efect.

Obs. II. foaia Nr. 1052, 1937. Bolnava G. E. de 15 ani se prezintă pentru dureri intense în artic. genunchiului dr. însoţite de tumefacţia artic. şi de supresiunea mişcărilor active şi pasive ale acestei artic. La examenul genital descoperim fenomene de vulvovaginită şi uretrită acută blenoragică. De 4 zile au apărut dureri în genunchiul dr. cari au devenit intolerabile, tegumentele au luat un aspect net inflamator, la palpare se simte o impăstare profundă, nu există şoc rotulian, mişcările active şi pasive sunt f. dureroase. Febră 37.9°, în rest nimic deosebit.

Examenul frotiului din secreţia vaginală: leucocite, celule plate epiteliale, numeroşi cocci gram negativ şi gram pozitiv.

Examenul frotiului din secreţia uretrală: frecvente leucocite, gonococi intra şi extra-celulari.

Tratament. Se începe tratamentul cu vaccin antigonococic Cantacuzino intravenos, spălături vaginale de 2 ori pe zi. Se observă o reacţie extrem de violentă după prima inj. După 48 ore durerile sunt mult ameliorate, se pot executa mişcări pasive fără ca bolnava să

acuze dureri. După a 3-a inj. durerea a dispărut complet, a 6-a zi bolnava părăseşte patul, poate merge normal, tumefacţia articulaţiei se retrage treptat, în 11 zile de tratament părăseşte spitalul complet vindecată.

Obs. III. foaia Nr. 114. Ian. 1938. Bolnava F. M. de 20 ani, prostituată, vine în spital pentru dureri localizate la nivelul artic. cotului dr., febră 38°, impotenţa funcţională a membrului sup. dr. fenomene ce durează de 8 zile, timp în care a fost văzută de medicul circumscripţiei şi tratată cu inj. intravenoase de salicilat de sodiu şi salicilat de sodiu per os 6—8 gr. zilnic. Nu se observă nici o ameliorare, durerile se exacerbează nocturn şi de 3 zile nu poate dormi. De 3 săptămâni are o scurgere vaginală foarte abundentă. La intrarea în spital bolnava prezintă o tumefacţie difuză a cotului dr. tegumentele la acest nivel roşii aprins, lucioase, fierbinţi, hiperestezice, articulaţia este atât de dureroasă că bolnava se opune violent la cea mai mică tentativă de explorare. Antebraţul este susţinut de mâna sănătoasă. La palpare se simte o infiltraţie difuză ce interesează toate straturile, nu se observă fluctuaţie.

Starea generală alterată, febra 38°, la examenul genital vulvovaginită şi uretrită acută.

Examenul frotiului din secreţia vaginală: rare celule epiteliale, frecvente polinucleare, rari diplococi gram negativi intracelulari.

Reacţia Bordet-Wassermann intens pozitiv cu ++++

Tratament. Se face vaccinoterapie antigonococică intravenoasă şi chiar după prima inj. durerile scad surprinzător de brusc, fenomenele inflamatorii cu caracter acut dispar complet în 6 zile, astfel că nu au fost necesare decât 3 inj. cu vaccin. Paralel se face tratament vaginal şi a 10-a zi se începe tratamentul antisifilitic.

Obs. IV. foaia Nr. 1042, 1937. Bolnava C. A. de 26 ani intră în spital pentru scurgere vaginală muco-purulentă, dureri abdominolombare, dureri în artic. genunchiului dr. Scurgerea a apărut acum 6 luni, durerile artic. acum 2 săptămâni. Aceste dureri se exagerează în mişcare şi se calmează cu repaosul, fiind mai mari seara şi dispărând complet noaptea.

La internare găsim următoarele: scurgere vaginală muco-purulentă, eroziune largă a colului, secreţie cervicală purulentă, uter uşor mărit, dureros, anexele sensibile la palpare. La nivelul artic. genunchiului nu se observă modificări obiective, mişcările pasive uşor dureroase, cele active foarte dureroase. La palpare, care provoacă oarecare durere se simte o impăstare profundă, fundurile de

sac sunt îngroşate, nu se simte fluctuaţie sau şoc rotulian, interlinia artic. dureroasă, extremităţile osoase de asemenea.

Examenul frotiului din secreţia vaginală: Nu se găsesc gonococi tipici ca dispoziţie, forma şi caractere tinctoriale, se găsesc însă coci în diplo gram negativi şi gram pozitiv, intra şi extracelulari. In concluzie: vulvo-vaginită gonococică cronică cu metroanexită subacută şi artralgie gonococică (?) a genunchiului dr. Se face radiografia genunchiului dr. la care nu se constată nimic deosebit. Aplicăm tratamentul obişnuit cu vaccin intravenos, pe care îl suprimăm după 3 inj. neobservând nici o ameliorare şi instituim un tratament cu salicilat de sodiu, de care bolnava beneficiază f. puţin, căci după 10 zile de tratament durerile la mers persistă şi în acelaş timp apare o hidartroză a genunchiului dr. Se face, după 16 zile, o a 2-a radiografie, care arată de astădată o decalcifiere a capetelor osoase articulare. Se institue un tratament pentru tbc. incipient osteo-articular (diagnostic confirmat ulterior) cu imobilizare în gips, calciterapie, actinoterapie. De subliniat faptul că după inj. intravenoase cu vaccin la această bolnavă, a cărei artralgie, transformată în artrită, s'a dovedit a nu fi gonococică, *reacţia de focar a fost nulă.*

Obs. V. foaia Nr. 121, 1938. Bolnava M. A. vine în spital pentru scurgere vaginală datând de 3 săptămâni, dureri în articulaţia pumnului stg. şi dr. şi în artic. metacarpo-falangiene a indexului şi mediului stg. Fenomenele artic. au început cu 5 zile înainte de internare. La examenul genital: vulvo-vaginită acută. In frotiul din secreţia vaginală numeroşi gonococi intra şi extracelulari. Artic. radio-carpiană şi metacarpo-falangiană sunt extrem de dureroase, prezintă o infiltraţie periarticulară cu caracter acut, edem al feţii dorsale a mâinii, febră 38.2. In rest nimic deosebit. Incepem tratamentul şi după 48 ore dela prima inj. dispar durerile spontane persistând doar cele provocate prin mişcări pasive. După 4 inj. făcute în 8 zile durerile şi fenomenele inflamatorii dispar complet. După 15 zile de tratament vaginal, bolnava părăseşte spitalul vindecată de afecţiunea articulară, urmând să facă un tratament genital ambulator.

Obs. VI. Bolnavul B. E., de 32 ani se prezintă pentru o tumefacţie dureroasă la nivelul artic. sterno-claviculare stg. apărută cu 8 zile înainte şi pentru alte 3 asemenea tumefacţii apărute ulterior la nivelul artic. condro-sternale superioare stgi. In antecedente se semnalează o uretrită gonococică acum 5 ani, incomplet tratată care se prelungeşte până în prezent sub forma unei scurgeri uretrale purulente, matinală. La nivelul artic. condro-sternale ale coastelor: 1, 2, 3, stg. cât şi la nivelul artic. sterno-claviculare stg., tegumen-

tele sunt roşii, fierbinţi, infiltrate fiind sediul unor tumefacţii cari se ating prin marginile lor formând un placard mai proeminent la nivelul artic. pomenite.

Palpaţia regiunei este f. dureroasă. La examenul genital: uretră permeabilă la Bénique Nr. 55, prin masajul uretrei se menţine o scurgere alb-laptoasă, prostata mărită, sensibilă la masaj, prin masajul prostatei se scurge pe uretră o secreţie asemănătoare. La proba paharelor urina turbure, cu filamente, în toate 3 paharele. In secreţia uretrală nu se găsesc gonococi. In restul examenului general nimic deosebit. *Tratament.* Paralel cu trat. prostatitei cronice (masaj, spălături) se fac inj. intravenoase cu vaccin. După 2 inj. adică după 5 zile fenomenele inflamatorii articulare retrocedează, vindecarea fiind completă după 4 inj.

* * *

Inainte de a concluide asupra cazurilor descrise dăm câteva indicaţii asupra tehnicei întrebuinţate: am utilizat exclusiv vaccin Cantacuzino şi exclusiv calea intravenoasă. Doza cu care începem este de $^1/_5$ cc. diluat în 2 cc. ser fiziologic;

La 2 zile se repetă doza dublată, la fiecare inj. creştem cu $^1/_5$ cc., astfel că la a 5-a inj. introducem 1 cc. de vaccin.

Nu a fost nevoe să depăşim această doză, căci la a 5-a injecţie de obicei bolnavul este vindecat şi în cazul unui insucces este inutil să mai continuăm, având în vedere că dacă artrita este gonococică, eficacitatea tratamentului este foarte evidentă dela primele 2 inj. Reacţia care urmează este f. violentă: frisson puternic, febră 41 gr. cefalee intensă, în plus exagerarea de scurtă durată, tranzitorie, a durerilor şi fenomenelor inflamatorii dela nivelul artic. bolnave, adică, în afara reacţiei generale, secundară oricărei introduceri de albumină streină în organism, observăm şi o *reacţie de focar,* care *este atât de constantă, că are aproape valoarea unei probe de diagnostic, arătând specificitatea leziunei articulare.* Modul de acţiune a vaccinului este mult discutat: după unii este vorba de o acţiune specifică (Lavenant, journal d'urol. 1931, Jaubert) ce se traduce printr'o imunoterapie specifică. După alţii acţiunea vaccinului este nespecifică, fiind interpretată ca un şoc peptonic. Din observaţiile noastre şi *mai ales din prezenţa reacţiei de focar,* presupunem mai curând *o acţiune specifică. Făcând vaccinul într'o afecţiune negonococică, reacţia generală există, pe când cea de focar lipseşte,* ceea ce este un argument în favoarea opiniei noastre. *(Vezi obs. IV.).*

Rezultatele vaccinoterapiei antigonococice intravenoase în complicaţiile articulare ale blenoragiei sunt următoarele:

După prima inj. reacție generală puternică, reacție transitorie de scurtă durată la nivelul articulației bolnave, urmată de o *sedare surprinzător de rapidă a durerilor spontane, cari după a 2-a inj. dispar complet; relativ mai încet se retrage tumefacția articulară*, care însă permite mișcările active normale ale articulației. In general după 4—5 inj. artrita este vindecată, uneori mai persistă o ușoară redoare a țesuturilor periarticulare, absolut indoloră care nu influențează de loc dinamica articulară.

In concluzie, am aplicat vaccinoterapia antigonococică intravenoasă în cazuri de artrită purulentă, fluxiune articulară, artralgie gonococică, cazuri acute și subacute, niciodată în complicațiile articulare cronice ale blenoragiei. In cazurile publicate aci, în cari, paralel cu artopathia, bolnavul prezintă și o uretrită sau vulvo-vaginită acută blenoragică, *vaccinoterapia nu a avut nici un efect asupra lor*, ci numai un efect foarte evident favorabil asupra complicațiilor artic. Semnalăm că am obținut rezultate asemănătoare cu aceeaș terapeutică în altă complicație a blenoragiei, anume în epidimitele acute, rezultate cari au făcut subiectul unui studiu anterior.

De asemenea rezultate încurajatoare am obținut în anexitele acute gonococice lucruri pe cari le vom consemna într'un articol separat.

Găsim necesar să facem aceste precizări, căci, într'o maladie atât de proteiformă cum este blenoragia, cu cortejul ei de complicații locale, generale dau la distanță, acute sau cronice, a nu aplica o metodă numai în cazuri bine selecționate și a face din ea un panaceu, înseamnă a o discredita.

De aceea subliniem încăodată că, în studiul de față, dacă susținem valoarea incontestabilă a vaccinoterapiei antigonococice intravenoase, facem acest lucru numai pentru artritele blenoragice acute, indiferent de forma lor clinică.

Un caz de paralizie pseudo-bulbară cu diplegie şi tulburări în domeniul trigemenului.

De **Dr. Sumea,**
medic secundar.

G. P., în vârstă de 46 ani.

Antec. personale: Recunoaşte în antecedente un sifilis, pentru care a făcut tratament antiluetic, înainte cu 17 ani.

Antec. heredo-colaterale: Soţul pacientei a avut o infecţie sifilitică.

Boala actuală: Datează din luna 1936. A debutat brusc. Aplecându-se pentru a lua un obiect de jos, când s'a ridicat, avea un braţ şi piciorul opus paralizate şi graiul alterat. După o lună dela debut a fost internată în spitalul nostru, unde i s'a stabilit diagnosticul de paralizie pseudo-bulbară de natură leutică. I s'a făcut tratament antiluetic cu malarie, iar în 2/X—1936 a fost demisă ca ameliorată.

Starea prezentă: Actualmente pacienta este liniştită şi păstrează raportul cu mediul înconjurător. Imbrăcămintea şi părul în general destul de ordonate.

Mimica inexpresivă, facies inert, fijat, trăsăturile puţin lăsate în jos mai ales în partea inferioară a feţei, gura întredeschisă, face efort pentru a o închide, ca să nu se observe stalorea ce o prezintă. In general figura are un aspect stuporos. Atitudinea corpului rigidă, fixată, cu mişcări şi schimbări foarte lente.

Nu se poate întreţine o conversaţie cu bolnava deoarece prezintă o anartrie aproape completă. Face efort ca să exprime un fragment de cuvânt sau câteva silabe, cu caracter semi-explosiv şi alteori afon. Se observă însă că pacienta înţelege întrebarea pusă, încearcă să răspundă şi execută mişcările sau gesturile ce i se comandă.

Răspunsul în scris este dificil de interpretat. Scrie cu multă greutate din cauza parezei mai accentuată la mâna dreaptă, totuşi se poate înţelege cu oarecare dificultate ceea ce vrea să spună.

Orientată în spaţiu, parţial orientată în timp şi bine orientată asupra persoanei sale.

Atenţia spontană, bună; o interesează ceea ce se petrece cu dânsa şi în jurul său.

Atenţia provocată, diminuată; se susţine un timp foarte scurt.

Memoria de fixaţie, alterată global. Percepţiile se fac în bune condiţiuni; autocritica şi conştiinţa boalei păstrate.

Judecata şi calculul mintal, lente; asociaţia de idei se face foarte încet.

Iluzii, halucinaţii sau idei delirante, nu s'au putut pune în evidenţă nici în timpul examinării nici în timpul observaţiei.

Examinarea inteligenţii prin testele de performanţă, ne-a dat etatea mintală de 6 ani 7 luni. Deci o reducere intelectuală accentuată.

Afectivitatea labilă, emotivitatea exagerată se traduce prin explozii de râs şi plâns spasmodic; chiar în timpul examinării, pacienta râde sau plânge pentru motive minime.

Examenul fizic. Pacienta de statură mijlocie — 158 cm. înălţime, constituţie astenică, tegumentele palide, mucoasele vizibile uşor cianotice. Ţesutul celulo-adipos subcutanat destul de bine reprezentat. Sistemul osos intact. Ganglionii nu se palpează.

Aparatul respirator: Torace de conformaţie normală, la percuţie sonoritate, la auscultaţie murmur vezicular cu câteva raluri supraadăugate ronflante şi sibilante.

Aparatul circulator: Matitatea precardiacă în limite normale, sgomotele cardiace clare şi bine bătute. Pulsul: 92 bătăi pe minut.

Tensiunea arterială: Mx. 19,5 — Mn. 13,5. (V. L.)

Ficatul şi splina în limitele normale.

Examenul neurologic. Pupile egale, rotunde şi centrale, reacţionează bine la lumină şi distanţă.

Limba, prezintă uşoară pareză; mişcările de propulsiune şi lateralitate sunt limitate. Nu prezintă atrofii sau fibrilaţii, însă se constată hipoestezia marginilor limbii şi în cele două treimi anterioare a feţei dorsale.

Vălul palatului este aton, nu răspunde la excitaţii.

Reflexul faringian este abolit.

Masticaţia adică mişcarea de ridicare şi coborâre a maxilarului inferior se face cu oarecare dificultate din cauza parezei maseterilor şi pterigoidienilor.

Constatăm turburări de sensibilitate generală în afară de mucoasa linguală amintită, pe mucoasa nasală, bucală şi gingivală.

Reflexul bucal (Toulouse) este prezent.

Din partea membrelor prezintă următoarele turburări: O ușoară diplegie, care nu merge până la impotență funcțională, cu caracter deci de pareză, mai accentuată la mâna dreaptă și piciorul stâng.

Mișcările voluntare sunt slabe, lente, forța musculară diminuată. La dinamometru următorul rezultat: mâna dreaptă 0, mâna stângă 42. Ambele mâni 52. La mișcările pasive se constată un grad de hipertonie musculară.

Mersul se face cu pași mici, nesiguri, târând piciorul stâng mai mult decât dreptul; este un mers târît și ușor spastic.

Stațiunea verticală. Pentru a-și menține echilibrul fără să fie sprijinită, este necesar să-și mărească baza de susținere prin îndepărtarea picioarelor.

Reflexele osteo-tendinoase sunt exagerate, reflexul patelar mai accentuat la stânga.

Reflexele cutanate sunt păstrate, cel plantar e indiferent. Prezintă *clonus*, mai accentuat la piciorul drept.

Sensibilitatea superficială generală păstrată, atât cea tactilă, cât și cea termică și dureroasă; la fel sensibilitatea profundă.

Turburări trofice, se constată o hipertrofie a musculaturii coapsei, iar la gambe o ușoară atrofie musculară.

Electro diagnosticul. La aplicarea percutană a curentului faradic și galvanic în punctele mai superficiale ale nervilor craniani interesați, se constată că pragul de excitație nu este scăzut, deci nu se constată degenerescență nervoasă.

Examenul de laborator, făcut recent la a doua internare:

R. W. sânge	: negativ
R. citocol	: negativ
R. W. L. C. R.	: negativ
R. Pandy	: opalescentă
R. Nonne—Apelt	: negativ
R. cu Schelack	: negativ
Examen microscopic	: 2,50 leucocite pe mmc.
Presiunea	: 40.

Considerațiuni asupra cazului.

Trebue luat în considerare că pecienta a făcut tratament antiluetic înainte cu 17 ani, precum și cu ocazia primei internări în spitalul nostru, în urma cărora se pot obține aceste rezultate la examenul serologic.

Cazul de față, prezintă în rezumat, următoarele simtome patognomonice: fața puțin mobilă, atitudine rigidă, mersul greoi, puțin spastic,

voce slabă, vorbă greoaie, cu turburări de deglutiţie, masticaţie şi uneori izbucniri în râs şi plâns spasmodic, sgomotos, ce nu şi-l poate stăpâni, iar la examenul neurologic se constată fenomene piramidale bilaterale (mai accentuate însă într'o parte) şi extrapiramidale — absenţa turburărilor reflexe şi trofice la limbă, faringe şi turburări ale memoriei şi inteligenţei.

Toate aceste simptome denotă că suntem în faţa unui caz de paralizie pseudo-bulbară.

Sindromul pseudo-bulbar este o paralizie a fonaţiei, masticaţiei şi deglutiţiei, adică labio-gloso-laringee de origine cerebrală, spre deosebire de adevărata paralizie bulbară, produsă de leziuni ce interesează nucleii bulbari ai perechilor IX, X, XI, n. craniani.

Sindromul pseudo-bulbar este provocat de leziuni supranucleare, deasupra bulbului, situate fie în scoarţă, sub scoarţă, în nucleii striaţi sau mai jos, de unde numele de paralizii pseudo-bulbare.

Leziunile sunt bilaterale şi interesează simultan şi căile piramidale şi extrapiramidale.

Diagnosticul diferenţial trebue făcut deci, în primul rând, între sindromul pseudo-bulbar şi paralizia bulbară, care se traduce clinic prin aceleaşi turburări de masticaţie, deglutiţie şi fonaţie. Paralizia bulbară, fiind produsă prin leziunea nucleilor de origine a nervilor motori craniani, situaţi în bulb, se deosebeşte de paralizia pseudo-bulbară prin atrofia muşchilor interesaţi, maseteri, limbă, văl, fibrilaţii ale acestor muşchi şi reacţii electrice de degenerescenţă cu abolirea reflexelor corespunzătoare, — dar pe de altă parte lipsesc turburările mintale, râsul şi plânsul spasmodic şi turburările piramidale.

Paralizia bulbară evoluiază repede, fără remisiuni şi moartea se produce prin inaniţie, sincopă respiratorie sau cardiacă.

Altă maladie cu care este asemănătoare şi necesită facerea diagnosticului diferenţial este scleroza laterală amiotrofică, care poate prezenta râs şi plâns spasmodic, avem însă paraplegie spastică, amiotrofie, atrofia muşchilor feţii, limbii, fibrilaţii musculare şi reflexele corespunzătoare abolite.

Siringobulbia — unde pe lângă fenomene bulbare se constată turburări de sensibilitate la faţă şi membrele superioare, exagerarea reflexelor, atrofii musculare la gât şi membrele superioare.

Sindromul parkinsonian, se aseamănă cu sindromul pseudo-bulbar mai ales când fenomenele extrapiramidale sunt accentuate, însă se deosebeşte prin semnele piramidale şi turburările nervilor bulbari.

Afazia motorie poate fi confundată cu dizartria avansată sau anartria pseudo-bulbarilor (cazul nostru) însă în sindromul pseudo-bulbar în afară de turburările de vorbire, se constată turburări de deglutiție, râsul și plânsul spasmodic și fenomene piramidale bilaterale.

Paralizia vălului, după difterie, este o paralizie circumscrisă de tip periferic și izolată, fără să fie însoțită de alte fenomene.

Odată diagnosticul pozitiv făcut, este necesară depistarea etiologică. La examenul aparatului cardio-vascular am constatat o hipertensiune arterială (Mx. 19,5—Mn. 13,5—U—L), în antecedente pacienta a prezentat un lues, iar boala actuală s'a instalat printr'un ictus. Toate acestea pledează pentru o cauză complexă, atât de natură specifică, cât și arterioscleroasă.

Din punct de vedere al evoluției, sindromul pseudo-bulbar este o maladie progresivă, ceea ce am constatat și la cazul de față; ictusurile se repetă, leziunile se agravează și deficitul motor face ca bolnavii să stea la pat. Din punct de vedere mintal se demențiază. Cu timpul devin gatoși, fac escare și mor prin uremie, marasm sau pneumonie de deglutiție.

Din punct de vedere anatomo-patologic, acest sindrom, este produs de leziuni ale arteriolelor sistemului nervos, de o scleroză arterială sau mici hemoragii prin hipertensiune.

Leziunile constau în focare de hemoragie sau ramolisment ce duc la stări lacunare. Mai rar procesul istologic poate interesa direct sistemul nervos, cum este cazul unei tumori cerebrale sau scleroze în plăci; în aceste cazuri tabloul clinic este foarte complex.

Topografic leziunile sunt diseminate pe o mare întindere în substanța nervoasă; sunt situate în scoarța cerebrală, nucleii cenușii centrali, capsula internă, pedunculi, până la protuberanță, astfel că interesează căile piramidale și extrapiramidale.

In cazul nostru am putea presupune că leziunea se află în protuberanță, fie în nucleul gelatinos, fie în locus ceruleus, deoarece aici se termină fibrele sensitive ale trigemenului — în domeniul căruia am găsit turburări de sensibilitate superficială. Acest fapt explică tabloul clinic al sindromului pseudo-bulbar, care este o asociație de fenomene piramidale și extrapiramidale.

Tratament. Având în vedere antecedentele la bolnava noastră s'a făcut tratament antiluetic și hipotensiv. Pentru reducerea fenomenelor piramidale s'au făcut ionizări cu iod. Pentru reducerea fenomenelor extrapiramidale s'au utilizat sedative, mai ales luminal și hioscină.

Particularitatea cazului nostru este faptul că în simptomatologie pe lângă semnele clasice ale unui sindrom pseudo-bulbar, am constatat şi turburări de sensibilitate în regiunile dependinte de nervul trigemen, — mucoasa bucală, gingivală, nasală şi lingvală.

In al doilea rând este complexitatea etiologică, — putând presupune, atât o origine sifilitică, cât şi arterioscleroasă.

Bibliografie.

1. *Anglade* R. D. Les formes psychopathiques de la maladie pseudo-bulbaire. Annales médico-psichologiques Nr. 2. Février 1934.
2. Dr. Grigorescu D. şi Păunescu-Podeanu: Neurologie practică. Bucureşti.
3. Bumke: Neurologie. Berlin.
4. Rimbaud L.: Précis de neurologie. Collection Testut 1933.

Spitalul Public Sibiu. Serviciul de Boli Pulmonare.
Medic Primar Dr. C. Manta.

Sedimentarea globulară la tuberculoza pulmonară în decursul şi după tratamentul cu benzoat de sodiu intravenos.

De

Dr. Virgil Stanciu şi Intern **Guga Tiberiu.**

In articolul de faţă vom căuta să dăm câteva date obţinute asupra unui număr de 10 cazuri tratate prin injecţii intravenoase de benzoat de sodiu şi care au fost riguros controlate prin viteza de sedimentare globulară.

Inainte de a expune cele 10 observaţii clinice ne vedem siliţi a da câteva noţiuni necesare asupra importanţei vitezei de sedimentare în tuberculozele pulmonare, precum şi tehnica folosită de noi.

In decursul evoluţiei unei tuberculoze pulmonare, indiscutabil viteza de sedimentare globulară constitue unul din mijloacele cele mai bune de control. Valoarea sedimentării globulare ca element de prognostic în tuberculoza pulmonară, constitue azi un factor preţios, recunoscut de toate somităţile medicale.

Prin interpretarea corectă şi atentă a vitezei de sedimentare globulară ne putem da seama despre evoluţia şi activitatea unei tuberculoze pulmonare, ea constitue în mod indirect un mijloc de control asupra eficacităţii terapeutice a unui medicament.

Ca tehnică, trebue să precizăm că avem o mulţime de metode, toate variante ale metodei iniţiale preconizate de *cezari*. Noi, în sanatorul Spitalului Public Sibiu, folosim metoda profesorului *Linzenmayer*.

Aparatul de sedimentare *Linzenmayer*, constă dintr'o serie de 10 tuburi, având diviziunea de 18 mm. jos, iar sus diviziunea 1. Se ia într'o siringă 0,2 cc. citrat de sodiu 5% şi se completează cu sânge până la 1 cc., dela bolnavul la care dorim a-i face sedimentarea globulară. Se scutură bine şi se pune în eprubeta Linzenmayer, amestecul trebuind să ajungă până la diviziunea 1. Se va nota ora

şi se va vedea cât e timpul necesar pentru ca să se producă sedimentarea până la diviziunea 18. Timpul obţinut reprezintă viteza de sedimentare globulară pentru acel individ. Intre condiţiuni normale viteza de sedimentare e de o oră la o oră şi jum.

In tuberculoza pulmonară e cunoscut faptul că viteza de sedimentare globulară e mult accelerată, timpul necesar pentru sedimentare fiind natural redus, putând ajunge până la 5 minute, după metoda *Linzenmayer*.

In serviciul de boli pulmonare, am aplicat şi aplicăm această metodă regulat în cazurile de tuberculoză pulmonară şi datele pe care le furnizează de cele mai multe ori sunt în concordanţă cu situaţia clinică.

Intrând în obiectul articolului de faţă, după această mică punere la punct necesară, pentru cunoaşterea mai exactă a datelor pe care le vom expune mai jos, ne propunem a arăta pe cât ne este posibil rezultatele obţinute prin tratarea bolnavilor cu benzoat de sodiu, controlate fiind prin metoda susamintită de sedimentare globulară.

Tratamentul cu benzoat pe sodiu preconizat de *Goldkorn*, întâi în abcesele şi gangrenele pulmonare şi ulterior în tuberculozele pulmonare, a dat după unii autori rezultate destul de mulţumitoare.

Noi am încercat acest tratament asupra unui număr de 10 cazuri de diferite forme de tuberculoză pulmonară, luate la întâmplare, comparând rezultatele clinice obţinute de noi cu viteza de sedimentare globulară. Am exclus dela acest tratament granulitile şi tuberculozele complicate cu exudaţiuni pleurale.

Ca tehnică de tratament, am folosit benzoatul de sodiu în concentraţie de 20% în injecţiuni zilnice de 10 cc. Menţinând aceeaş doză în tot timpul tratamentului, aplicând un număr de 25 injecţii fiecărui bolnav.

Sedimentarea globulară a bolnavilor li s'a făcut la începutul tratamentului, la sfârşitul tratamentului şi la 6 săptămâni după terminarea tratamentului.

Dăm mai jos descrierea unui număr de 10 observaţii rezumate, tratate de noi cu benzoat de sodiu şi controlate prin viteza de sedimentare globulară.

B.... Ioan, de 30 ani. Boala actuală a debutat în Mai 1937, cu febră ridicată şi tusă hemoptoică. In acelaş timp bolnavul avea transpiraţiuni abundente şi cefalee. Deşi apetitul era păstrat, bolnavul spune că a scăzut în greutate. In Iulie, August 1937, bolnavul a urmat o cură de injecţii cu gluconat de calciu, ambulant. In 28 Noemvrie 1937 intră în serviciul nostru. La examinarea bolnavului la ascultaţie

se aud în spaţiul paravertebral stâng, raluri buloase discrete, iar la examinarea radiologică se constată un aspect areolar în regiunea mijlocie a câmpului pulmonar stâng. La dreapta un mic focar parahilar. Bacilul Koch pozitiv în spută.

Expectorează abundent. Temperatura între 37.5—38.5.

La 2 Februarie 1938, timpul de sedimentare 8 minute.

La 3 Februarie 1938, începe tratamentul cu benzoat de sodiu intravenos.

După o serie de 25 injecţii administrate zilnic, constatăm o diminuare evidentă în cantitate a sputii expectorate, temperate oscilând între 36.4—36.8. Greutatea se menţine la 64 kg. greutate iniţială.

La 2 Martie 1938, viteza de sedimentare 12 minute.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului, viteza de sedimentare revine la 8 minute, cifra iniţială.

Tabloul radiologic nemodificat în tot decursul tratamentului.

In acest caz a fost vorba de o localizare tuberculoasă bilaterală unde efectul benzoterapiei, s'a remarcat mai mult asupra febrei şi expectoraţiei. Timpul de sedimentare fiind foarte uşor modificat.

B.... Constantin de 27 ani. Boala actuală debutează în Martie 1937, cu un junghiu în spate, a doua zi făcând o mică hemoptizie. Dela acea dată, bolnavul oboseşte repede la cel mai mic efort, ceea ce îl sileşte să-şi întrerupă munca. La 20 Februarie 1938, se internează în spitalul nostru. Bolnavul mai spune că în urma unor eforturi violente, are palpitaţii şi dispnee supărătoare. Tuşeşte şi expectorează puţin. Bolnavul e afebril.

La examinarea bolnavului la ascultaţie se aud raluri destructive la nivelul ambelor câmpuri pulmonare cu predominanţa celui drept, iar la examinarea radiologică se constată marmoraţiuni intense ale ambelor câmpuri pulmonare. Bacilul Koch pozitiv în spută.

La 22 Februarie, timpul de sedimentare e de 47 minute.

In 2 Martie începe tratamentul cu injecţii intravenoase, benzoat de sodiu.

La 27 Martie, timpul de sedimentare e de 62 minute.

La 4 săptămâni timpul de sedimentare a revenit la 46 minute.

C..... Ioan de 24 ani. Bolnav din 1933, se internează la sanatorul din Cluj, în urma unei hemoptizii avute în acel an. Se constată la examinarea făcută la sanatorul din Cluj un proces cavitar drept. In anul următor merge la Geoagiu unde în 1937, i se face o frenicectomie dreaptă. La 1 Februarie 1938, se internează în sanatorul nostru.

La examinarea bolnavului la ascultaţie se aud raluri crepitante şi subcrepitante, la nivelul ambelor câmpuri pulmonare mai accentuat la nivelul câmpului pulmonar drept, în regiunea subclaviculară.

La examinarea radiologică opacităţi multiple la nivelul, ambelor câmpuri pulmonare cu imagine cavitară în regiunea subclaviculară dreaptă. Koch pozitiv în spută.

Temperatura oscilează între 37.5—38. Expectorează foarte abundent.

La 2 Februarie 1938, timpul de sedimentare e de 45 minute.

La 3 Februarie 1938, începe tratamentul cu benzoat de sodiu intravenos. Se constată după tratament o revenire la normal a temperaturii şi o diminuare a expectoraţiei.

La 2 Martie 1938, timpul de sedimentare e de o oră 28 minute.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului, viteza sedimentară revine la 60 minute.

P..... Ioan, de 27 ani. Bolnav din anul 1934. Boala a debutat în timpul stagiului din armată în urma unui exerciţiu la poligon, prin junghiuri şi dureri în torace. La câteva zile se restabileşte persistând o uşoară expectoraţie. In lunie 1935 în urma unei hemoptizii se internează în Spitalul Militar Sibiu, unde i se constată o scleroză a vârfurilor pulmonare. După o serie de injecţii cu calciu, se lasă acasă, unde timp de un an de zile nu urmează nici un tratament. In Februarie 1936, se internează în sanatorul din Sibiu, unde se încearcă un pneumotorace terapeutic, care eşuează din cauza aderenţelor pleurale.

Urmează o serie de injecţiuni cu solganal, după care pleacă din nou acasă. Revine în sanator în Octomvrie 1937.

La examinarea bolnavului la ascultaţie se aud raluri alveolare discrete la nivelul ambelor câmpuri pulmonare, iar la radiografie marmoraţiuni intense la nivelul ambelor câmpuri pulmonare.

Expectorează destul de abundent. Bolnavul afebril.

La 12 Ianuarie 1938, viteza de sedimentare e de 26 minute.

La 14 Ianuarie începe tratamentul cu benzoat de sodiu.

Expectoraţia scade aproape complet.

La 10 Februarie 1938, la terminarea tratamentului, viteza sedimentară e de 66 minute.

La 6 săptămâni dela terminare, viteza de sedimentare globurală revine la 40 minute.

Tabloul radiologic nemodificat.

T..... George, de 45 ani. Bolnav din Octomvrie 1937. Boala a debutat prin hemoptizii. In Ianuarie 1938, devine inapetent simte o

slăbiciune generală care se accentuează pe zi ce trece. Tuşeşte şi prezintă dureri în hemitoracele stâng. Cu aceste simptome intră în serviciul nostru în 27 Ianuarie 1938.

La examinarea bolnavului, la ascultaţie se constată raluri crepitante şi subcrepitante la nivelul câmpului pulmonar stâng. Iar la examinarea radiologică un infiltrat puternic parahilar stâng. Koch negativ în spută. Expectorează abundent. Temperatura între 37—37.5.

La 2 Februarie 1938, timpul de sedimentare e de 60 minute.

La 3 Februarie 1938, începe tratamentul cu benzoat de sodiu.

După terminarea tratamentului, se constată o scădere evidentă în cantitate a sputei, temperatura revenind la normal.

Viteza de sedimentare fiind 97 minute, la 2 Martie.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului viteza de sedimentare revine la 70 minute.

N..... Toma, de 23 ani. Bolnav din anul 1935, se internează în spitalul nostru în 24 Ianuarie 1938. La examinare se constată raluri crepitante la nivelul hemitoracelui drept în regiunea subclaviculară.

Expectorează foarte abundent. Koch pozitiv în spută.

Temperatura între 38—38.5.

La 26 Februarie 1938 timpul de sedimentare 34 minute. Face tratamentul cu benzoat de sodiu, o serie de 25 injecţii, iar la terminarea tratamentului, viteza sedimentară e de 85 minute.

Sputa diminuă în cantitate, febra oscilând între 37—37.5.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului, viteza de sedimentare revine la 40 minute expectoraţia devine din nou abundentă, febra ridicându-se la 38—39.

A..... Eugenia, de 24 ani. Bolnavă din 1934. Se internează în spitalul nostru în ziua de 12 Decemvrie 1937. La examinare se constată la ascultaţie prezenţa a lor numeroase raluri buloase mari, la nivelul ambelor câmpuri pulmonare, iar la examinarea radiologică marmoraţiuni intense ale ambelor câmpuri pulmonare.

Expectoraţia abundentă, temperatura 38—38.5. Bacilul Koch pozitiv în spută.

La 26 Februarie 1938, timpul de sedimentare 37 minute. Urmează o serie de injecţii cu benzoat de sodiu, iar după terminarea seriei, timpul de sedimentare se urcă la 60 minute. Expectoraţia diminuă, febra menţinându-se între 37—38.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului, viteza sedimentară, revine la 37 minute.

S..... Paraschiva, de 28 ani. Bolnavă din anul 1937. Se internează în 5 Ianuarie 1938, în sanatorul nostru, pentru tusă şi expectoraţie abundentă. La examinarea bolnavului se aud la nivelul punctului pulmonar stâng, în regiunea paravertebrală raluri crepitante şi subcrepitante. Bacilul Koch negativ. Temperatura 38.5—39.

La 26 Februarie 1938, timpul de sedimentare e de 30 minute.

După o serie de 25 injecţii cu benzoat de sodiu, timpul de sedimentare e de 82 minute. Temperatura scade la 37, expectoraţia diminuând în cantitate.

La 6 săptămâni după tratament, viteza de sedimentare revine la 35 minute, expectoraţia se măreşte, febra oscilând între 38—38.5.

I..... Aurel de 42 ani. Bolnav din anul 1932. Se internează în Spitalul nostru în Octomvrie 1937. La examinare se constată la ascultaţia pulmonară crachmente la nivelul vârfului pulmonar drept şi raluri buloase mari, la nivelul câmpului pulmonar stâng.

Expectorează foarte abundent, bolnavul e afebril.

La 16 Ianuarie 1938, viteza de sedimentare e de 48 minute. Se începe o serie de injecţii de benzoat de sodiu.

La 10 Februarie 1938, viteza de sedimentare e de 67 minute. Sputa scade în cantitate.

La 6 săptămâni, după terminarea tratamentului, timpul de sedimentare revine la 50 minute. Cantitatea sputei expectorate creşte.

G..... Ioan, de 40 ani. Bolnav din 1930. Se internează în sanatorul nostru în Septemvrie 1937. La examinarea bolnavului se constată la ascultaţie raluri destructive buloase la nivelul ambelor câmpuri pulmonare. Expectorează abundent, starea generală rea, febra oscilează între 37—38.5.

La 16 Ianuarie 1938, viteza de sedimentare globulară e de 18 minute.

După o serie de 25 injecţiuni cu benzoat de sodiu, viteza de sedimentare globulară e de 55 minute. Febra revine la normal.

La 6 săptămâni după terminarea tratamentului, viteza sedimentară e de 26 minute.

Din observaţiunile clinice suscitate, conchidem la următoarele:

1. Acţiunea benzoatului de sodiu în tuberculoza pulmonară e pur simptomatică, neinfluenţând în mod net leziunile tuberculoase. Neobţinând în urma tratamentului nici o modificare radiologică evidentă.

2. Benzoatul de sodiu are un efect, mai ales asupra febrei şi expectoraţiei şi în consecinţă îl vom administra în formele febrile evolutive şi acolo unde avem o expectoraţie abundentă.

3. Efectele terapeutice ale benzoatului de sodiu nu sunt de lungă durată. In majoritatea cazurilor simptomele revenind din nou după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat dela sistarea tratamentului.

4. Există o concordanță perfectă între rezultatele clinice obținute prin benzoat de sodiu intravenos și între viteza de sedimentare globurală.

Bibliografie.

Al. L. Goldkorn: Traitement des abces et des gangrenes pulmonaires par injections intraveineuse de benzoit de soude, (La Presse Medicale 1935, Nr. 102).

Doc. *Dr. Hagiescu* și *Dr. G. Bazavan:* Incercări de benzoterapie intravenoasă în tubernuloza pulmonară și câteva alte afecțiuni pulmonare netuberculoase. Revista spitalelor Nr. 2, 1938.

J. Barbier și *G. Piquet:* La sedimentation sanguine en tuberculose pulmonaire.

J. Barbier: La recherche de la vittese de sedimentation sanguine en pratique medical courante.

Ch. Carez l. H. W. Nants: Un mode nouveau de lecture de la sedimentation globulaire. La corbe coraire de sedimentation. Revue de la Tuberculose 1937.

SENNA-CARBON

TABLETE

Conținut	Indicație	Doza
Folia Sennae plv. Fel Tauri depur. Carbo depur. Sulfur depur. Ol. Foeniculi & Menthae	Constipație acută și cronică, Gastrite, Gastro-enterite, Intoxicațiuni alimentare	1 – 3 tablete după fiecare masă

CALMAROL

SIROP

Medicație sedativă pentru sistemul nervos cu

2 gr. Natrium-Phenobarbit
2 „ Analgesină
5 „ Natrium bromat
1 „ Tra Valeriana spirtosa
1 „ Extr. Passiflorae
pentru 150 gr. sirop

3 linguriţe pe zi, înaintea meselor.
In caz de insomnie, 1 lingură la culcare

Medicamentul să se ia în puţină apă

Preparate:

HYGEA S. A. R. CLUJ

Laborator pentru produse chimice şi farmaceutice

La turburări de echilibru şi neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase şi depresive, Basedow şi cazuri basedowoide şi migrene ete.

BELLERGAL

Combinaţie de Bellafolină, Gynergen şi Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineaţa unul la dejun şi 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 şi 100 drageuri

Reprezentanţi pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102, Bucureşti I.

Drogueria „Royal"
Piaţa Unirii 26, Cluj.

SANDOZ

Fabrica chimică fostă **„Sandoz", Basel** (Elveţia)

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV
Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE: *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p-(γ fenilpropilaminol fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Soluţie cu 6 % sare
INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE
Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE: *10 la 20 cc. pro die*

TRATAMENTE ASOCIATE *pe cale bucală şi parenterală*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

ODETTE ZÉAU

Guşa în circ. sanitară Sita-Buzău.

Guşa fiind o problemă importantă pentru regiunea Buzăul-Ardelean, prezentându-se sub un aspect endemic, voiu căuta ca prin lumina cifrelor, să arăt cele constatate de mine, la copii şi adulţi în aceasta regiune.

In prima parte a acestei lucrări voiu căuta să arăt constatările făcute în anii 1934—35 şi 36, împreună cu Dr. Birţ la elevii şcoalelor primare din plasa Buzăul Ardelean, precum şi constatările făcute de mine la toţi elevii şcoalelor primare din plasa sanitară Sita-Buzău în anul 1937, iar în a doua parte a lucrării voiu arăta cele constatate la adulţi în plasa sanitară Sita-Buzău în anul 1937 prin lunile August şi Septemvrie.

In anul 1334 împreună cu d-nul Dr. Birţ, med. circ. Intorsura-Buzău şi ag. sanitar Pepene Ioan, am examinat medical 385 de elevi la 10 şcoli primare, (întocmindu-le fişele medicale) din diferite căunuri a regiunei Buzăul Ardelean, constatând următoarele (vezi tabloul alăturat).

Localitatea	Vama	Acriş	Brădet	Intorsura Buzăului	Floroaia mică	Floroaia mare	Bărcan Nr. 1	Bărcan Nr. 2	Sărămaş	Zăbrătău
Numărul elevilor examinaţi	31	32	32	68	37	55	35	20	36	39
Numărul elevilor găsiţi cu guşă	6	3	4	4	—	6	1	1	8	5
Numărul elevilor găsiţi cu guşă exprimat în procente	19.3%	9.3%	12.5%	5.8%	—	10.9%	2.8%	5%	8.3%	12.8%

In anul 1935, împreună cu Dr. Birț și ag. sanitar Pepene am examinat medical 343 de elevi dela 5 școli primare, din cuprinsul Buzăului-Ardelean, constatând următoarele (vezi tabloul).

Localitatea	Brădet	Intorsura-Buzăului (centru)	Floroaia mare	Lădăuți	Sita-Buzău
Numărul copiilor examinați	81	81	48	60	73
Numărul copiilor găsiți cu guşă	39	15	7	24	15
Numărul copiilor găsiți cu guşă exprimat în procente	48.1%	18.5%	14.5%	40%	20.5%

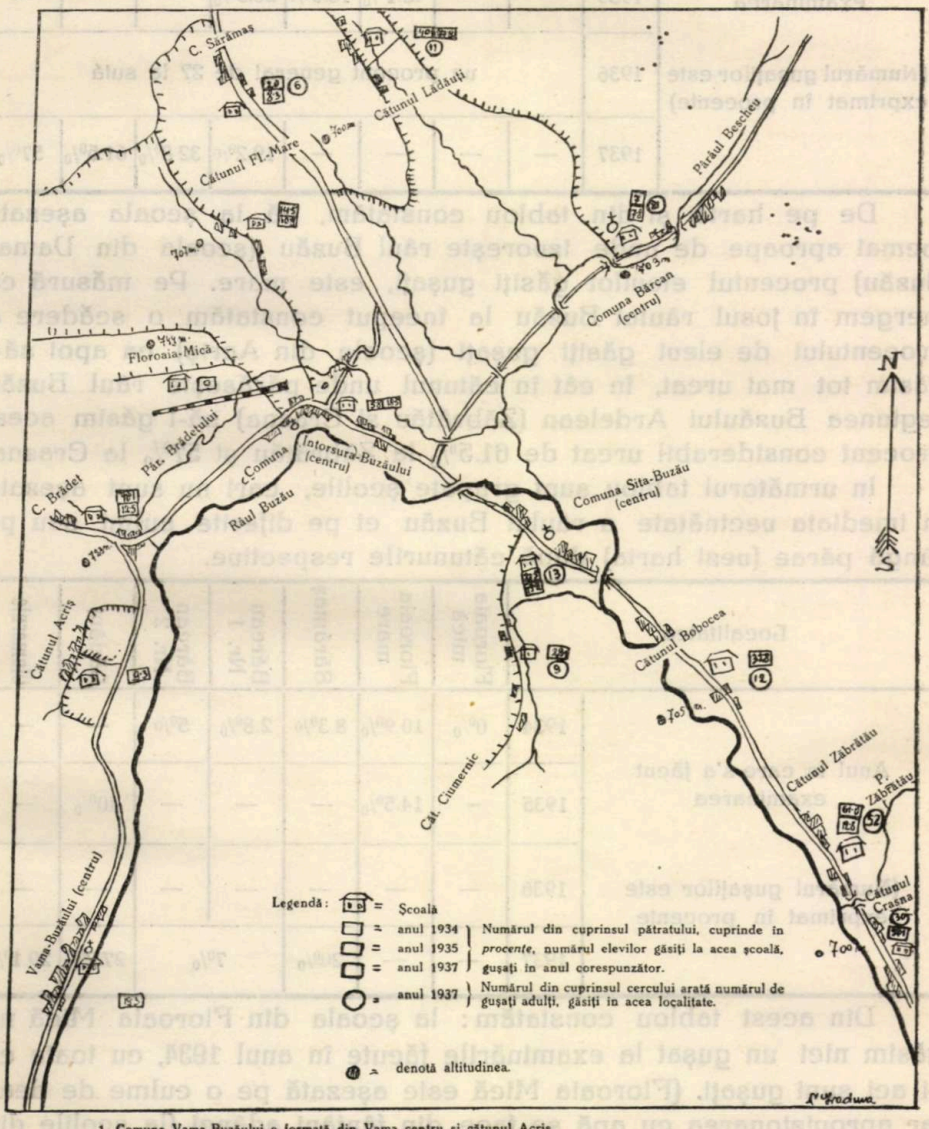
In anul 1936, împreună cu dl Dr. Birț și agentul sanitar Pepene I. am examinat 400 de elevi dela școlile primare din Buzăul Ardelean, găsind un procent de 27% suferinzi de guşă.

In anul 1937 am examinat medical 527 de elevi dela 9 școale primare din cuprinsul circumscripției sanitare Sita-Buzău, constatând cele următoare:

Localitatea	Bărcan	Sărămaș	Lădăuț	Ciumernic	Sita centru	Bobocea	Zăbrăiău	Crasna
Numărul copiilor examenați	139	30	88	24	104	76	52	14
N.-rul copiilor găsiți cu guşe	10	6	24	7	20	25	32	8
Numărul copiilor găsiți cu guşe, exprimat în procente	7%	20%	27.2%	29.1%	19.2%	32.8%	61.5%	57%

Constatările în linii generale sunt, că toate școlile din cuprinsul regiunii Buzăul Ardelean, găsim elevi guşați, cu excepția școalei din cătunul Floroaia-Mică.

Se pune acum întrebarea că oare guşa (adecă numărul celor ce prezintă aceasta afecţiune) este uniform repartizată pe regiune? Pentru a avea un răspuns, la aceasta întrebare, voiu căuta ca toate şcolile a căror elevi au fost examinaţi, să le aşez într'un tablou, astfel, după cum sunt aşezate în raport cu vecinătatea şi cursul râului Buzău, (vezi harta şi tabloul).



1. Comuna Vama-Buzăului e formată din Vama centru şi cătunul Acriş.
2. Comuna Întorsura-Buzăului „ „ Întorsura centru şi cătunurile: Brădet, Floroaia-Mică, Floroaia-Mare.
3. Comuna Bârcan „ „ Bârcan centru şi cătunurile: Sărămaş, Lădăuţi.
4. Comuna Sita-Buzău „ „ Sita centru şi cătunurile: Ciumernic, Bobocea, Zăbrătău, Crasna.

Localitatea		Vama	Acriș	Brădet	Intorsura Buzăului (centru)	Sita Buzăului (centru)	Bobocea	Zăbrătău	Crasna
Anul în care s'a făcut examinarea	1934	19.3%	9.3%	12.5%	5 8%	—	—	12.8%	—
	1935	—	—	48.1%	18.5%	20.5%	—	—	—
(Numărul guşaţilor este exprimat în procente)	1936	un procent general de 27 la sută							
	1937	—	—	—	—	19.2%	32.8%	61.5%	57%

De pe hartă şi din tablou constatăm, că la şcoala aşezată tocmai aproape de unde izvoreşte râul Buzău (şcoala din Vama-Buzău) procentul elevilor găsiţi guşaţi, este mare. Pe măsură ce mergem în josul râului Buzău la început constatăm o scădere a procentului de elevi găsiţi guşaţi (şcoala din Acriş) ca apoi să-l găsim tot mai urcat, în cât în cătunul unde părăseşte râul Buzău regiunea Buzăului Ardelean (Zăbrătău şi Crasna) să-l găsim acest procent considerabil urcat de 61.5% la Zăbrătău şi 57% la Crasna.

In următorul tablou sunt grupate şcolile, cari nu sunt aşezate în imediata vecinătate a râului Buzău ci pe diferite culmi sau pe lângă părae (vezi harta) după cătunurile respective.

Localitatea		Floroaia mică	Floroaia mare	Sărămaş	Bărcan Nr. 1	Bărcan Nr. 2	Lădăuţ	Ciumernic
Anul în care s'a făcut examinarea	1934	0%	10.9%	8.3%	2.8%	5%	—	—
	1935	—	14.5%	—	—	—	40%	—
(Numărul guşaţilor este exprimat în procente	1936	—	—	—	—	—	—	—
	1937	—	—	20%	7%		27.2%	29.1%

Din acest tablou constatăm: la şcoala din Floroaia Mică nu găsim nici un guşat la examinările făcute în anul 1934, cu toate că şi aci sunt guşaţi. (Floroaia Mică este aşezată pe o culme de deal, iar aprovizionarea cu apă se face din fântâni adânci (la şcolile din cătunurile, Floroaia Mare, Sămăraş, Lădăuţi, Ciumernic şi comuna

Bărcan (aşezate toate pe lângă mici părae unele cu acelaşi denumire) de unde mare parte din populaţie să alimentează cu apă) procentul elevilor găsiţi cu guşă este destul de mare.

De pe harta alăturată se poate vedea cele constatate însemnând şcoala cu o casă şi cu un pătrat, ce este diferit colorat, după anul examinării.

Dacă am raporta numărul total de guşaţi la numărul total de elevi examinaţi, găsim următoarele procente (vezi tabloul alăturat).

Anul examinării	1934	1935	1936	1937
Numărul elevilor examinaţi medical	385	343	400	527
Numărul elevilor găsiţi cu guşă	33	100	109	133
Numărul elevilor găsiţi cu guşă, exprimat în procente	8.5%	29.1%	27.2%	25.2%

Procentul din anii 1934—1935 şi 1936 se referă la toţi elevii din plasa Buzăul-Ardelean ear procentul din anul 1937 se referă numai la elevii din plasa sanitară Sita-Buzău. (Acest procent găsit la elevii şcoalelor primare din Buzăul Ardelean denotă că guşa este endemică şi răspândită în toată aceasta regiune.

Constatările făcute la elevii şcoalelor primare se referă şi la adulţi. Prin alăturatul tablou redau rezultatul anchetei făcute, pentru depistarea celor cu guşă, în circ. sanitară Sita-Buzău. In tablou aşezarea lor este făcută după localitate şi gradul guşei: (în acest tablou sunt cuprinşi numai cei adulţi).

Localitatea		Sărămaş	Lădăuţi	Bărcan	Sita centru	Ciumernic	Bobocea	Zăbrătău	Crasna
Gradul guşei	II	1	1	4	1	—	—	17	3
	III	4	6	11	3	2	6	26	13
	IV	1	4	6	9	7	6	9	14
Total		6	11	21	13	9	12	52	30

Din totalul de 116 examinaţi din comuna Sita-Buzău (formată din cătunurile, Ciumernic, Bobocea, Zăbrătău şi Crasna) şi 38 examinaţi din comuna Bărcan, (formată din cătunurile, Sărămaş şi Lădăuţi) o parte se alimentează cu apă de fântâni, o parte cu apă de izvor şi o parte cu apă din părae. Numărul celor cu defecte mintale este deasemenea mare. Din tabloul alăturat se poate vedea numărul total de guşaţi, precum şi de unde se alimentează cu apă de beut, numărul celor cu guşă chistică şi a celor cu defecte mintale.

Comuna	Numărul total al guşaţilor	Se alimentează cu apă de fântână	Se alimentează cu apă de părae	Se alimentează cu apă de izvor	Cu guşă chistică am găsit	Debili mintali surdo-muţi imbecili
Sita-Buzău	116	74	9	33	20	9
Bărcan	38	20	—	18	2	1

Numărul real al celor cu guşă, trebue să fie cu mult mai mare, decât cel găsit, dar faptul că comunele Sita-Buzău şi Bărcan sunt comune de munte pe de o parte şi pe de altă parte, o parte din suferinzi îşi neglijează aceasta afecţiune sau faptul că lumea să nu-l ştie sau să nu o ştie groasă la gât, ne pune piedeci reale pentru a-i putea descoperi pe toţi.

Concluziuni:

1. procentul copiilor găsiţi cu guşă este mare;
2. după felul cum este repartizată aceasta afecţiune, (vecinătatea şi cursul râului Buzău precum şi diferitele părae, afluente râului Buzău, ne arată că, cauza provocatoare şi de răspândire a a guşei este în directă legătură, cu apa.
3. în modul cum este repartizată guşa la locuitorii Buzăului-Ardelean şi mai ales în comunele Sita-Buzău şi Bărcan, denotă că este endemică în aceasta regiune.

Med. disp. Buzău cu circ. rur. Sita-Buzău.
Dr. Grădina.

Cariile dentare la bolnavii mintali.

De **Dr. Maria Sumea.**

In cele ce urmează nu voiu căuta să stabilesc nici apropierea şi nici deosebirea între stomatologie şi psichiatrie, ci mă voiu mulţumi să dau câteva date statistice asupra repercusiunilor ce le poate avea o psihoză declarată, asupra fotografiei dentare la câteva din cele mai importante sindroame mintale.

Mă voiu opri în deosebi asupra cariei dentare, constatând frecvenţa ei la fiecare specie de dinte în parte şi raportând-o la etalonul stabilit de Rédier pe populaţia normală.

Câteva noţiuni generale în ceiace priveşte desvoltarea cariei dentare, ne vor ajuta a remarca factorii ce pot fi făcuţi răspunzători de frecvenţa cariei în bolile mintale.

Caria dentară este o distrugere a ţesuturilor dure a dintelui, care se produce progresiv, prin decalcifierea, dislocarea şi topirea elementelor celulare.

Este cunoscut, că în patogenia cariei dentare intervin trei factori principali: 1. Etiologie microbian; 2. Poarta de intrare cu mediul bucal; 3. Terenul individual.

S'a crezut până acum câtva timp că numai cauzele locale sunt provocatoarele cariei dentare. Fără a neglija cauzele locale, trebue remarcată importanţa ce se dă în timpul din urmă, complexităţii de cauze, în special factorului constituţional cu tot complexul lui humoral şi hormonal. Acest factor este foarte important în patogenia cariei dentare la bolnavii mintali, unde avem în majoritatea cazurilor o disfuncţiune endocrină prin deficienţă.

Este cunoscută şi demonstrată natura polimicrobiană a cariei dentare, precum şi speciile de microbi ce constituesc flora bucală obişnuită. O importanţă deosebită are poarta de intrare, fără de care microbii ar rămâne inactivi. Atât uzura mecanică, cât mai ales cauzele chimice, contribuesc la alterarea emailului. Prezenţa unui acid în mediul bucal, produce decalcifierea smaltului. Acizii pot fi aduşi

cu alimentele direct, sau rezultă din fermentaţiile microbiene. De exemplu: zahărul dă acid lactic în prezenţa bacilului lactic şi acid butiric cu bacilul amilobacter, alcoolul se transformă în acid acetic, etc.

Din cele expuse, reese clar importanţa igienei bucale, asupra căreia vom mai reveni după menţionarea celui de al treilea factor, anume: influenţa ce o au cauzele locale şi generale, adecă terenul, în desvoltarea cariei dentare (rasa, constituţia, vârsta, sexul, precum şi alimentaţia mai mult sau mai puţin bogată în vitamine).

Cauzele locale sunt acelea ce explică frecvenţa cariei, precum şi sediul său anatomic.

Este foarte important gradul de mineralizare al dintelui, adecă constituţia, apoi şanţurile la nivelul cărora începe o carie, deoarece aici se depozitează resturile alimentare, care fermentând produc acizi, ce decalcifică smaltul, creind astfel primul stadiu al cariei.

S'a observat că frecvenţa cariei este diferită, fiind mai mare la anumiţi dinţi decât la alţii. După statistica lui Magitot, frecvenţa e mai mare la dinţii din arcada superioară, decât la cei din arcada inferioară, aceasta datorită faptului, că dinţii inferiori, în special incisivii şi caninii, sunt continu scăldaţi de salivă şi deci se produce o igienă fiziologică.

Igiena bucală, atât cea fiziologică, cât şi cea aplicată, care nu este decât o imitaţie a celei naturale, are o influenţă considerabilă în desvoltarea cariei dentare. Fiziologic, epitelul bucal integru are mijloace de apărare atât mecanice, cât şi chimice şi bactericide.

La bolnavii mintali igiena bucală lipseşte, dacă nu complet, cel puţin la cei demenţiaţi şi negativişti, aşa încât este uşor de observat din graficele ce urmează influenţa lipsei de igienă asupra desvoltării cariei dentare. La unii bolnavi mintali, lipseşte chiar şi curăţirea fiziologică a danturei, aceasta datorită faptului, că refuzând alimentaţia, sunt nutriţi prin sonde stomacale şi în felul acesta epuraţia mecanică a dinţilor nu este posibilă.

Examinând şi căutând carta dentară la 120 bolnavi mintali, am obţinut datele ce urmează, pe care le-am comparat apoi cu etalonul normal a lui Rédier, care ne dă grafic procentajul cariei dentare la fiecare specie de dinte.

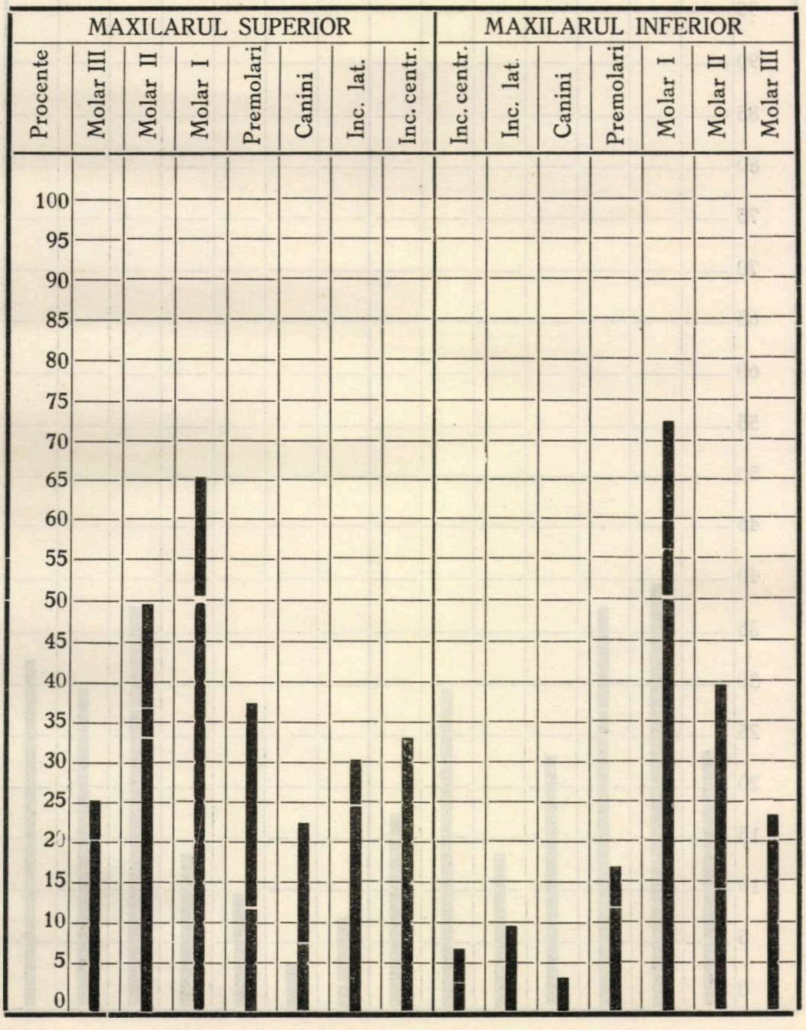
Din fotografia dentară făcută la 30 de bolnavi schizofrenici, 30 maniaco-depresivi, 30 paralitici generali şi 30 paranoiaci, am căutat să remarc carta dentară, frecvenţa ei şi dintele interesat. Apoi am calculat procentual carta pentru fiecare specie de dinte şi la fiecare sindrom mintal în parte. Din cele patru procente carac-

teristice fiecărui sindrom, am calculat, un procent mediu la bolile mintale în general şi pentru fiecare specie de dinte.

In schizofrenie, la 30 de bolnavi, pentru maxilarul superior am constatat: 10 carii localizate la incisivii centrali, 9 la cei laterali, 7 la canini, 11 la premolari, 20 la molarul I, 15 la al II-lea şi 8 la al III-lea. La maxilarul inferior: 2 carii la incisivii centrali, 3 la cei laterali, 1 la canini, 5 la premolari, 22 la molarul I, 12 la al II-lea şi 7 la al III-lea.

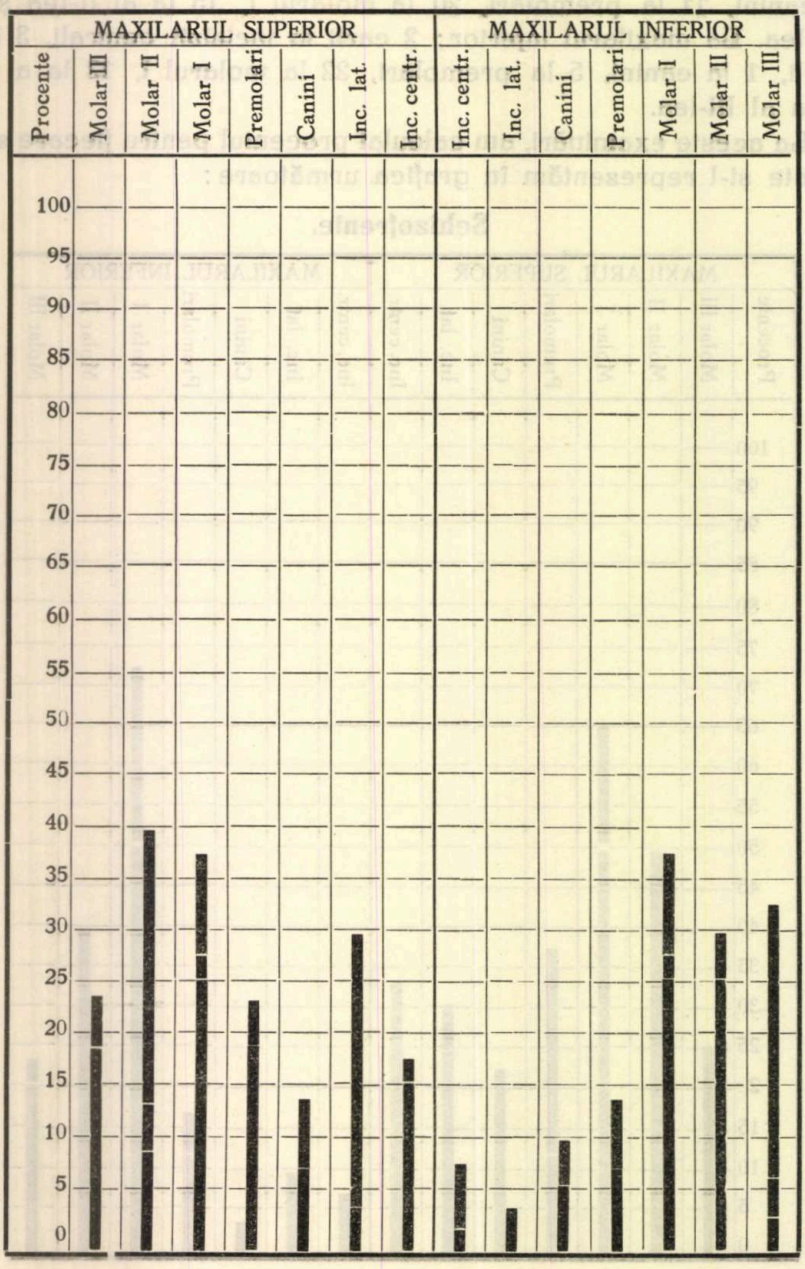
La aceste examinări, am calculat procentul pentru fiecare specie de dinte şi-l reprezentăm în grafica următoare:

Schizofrenie.



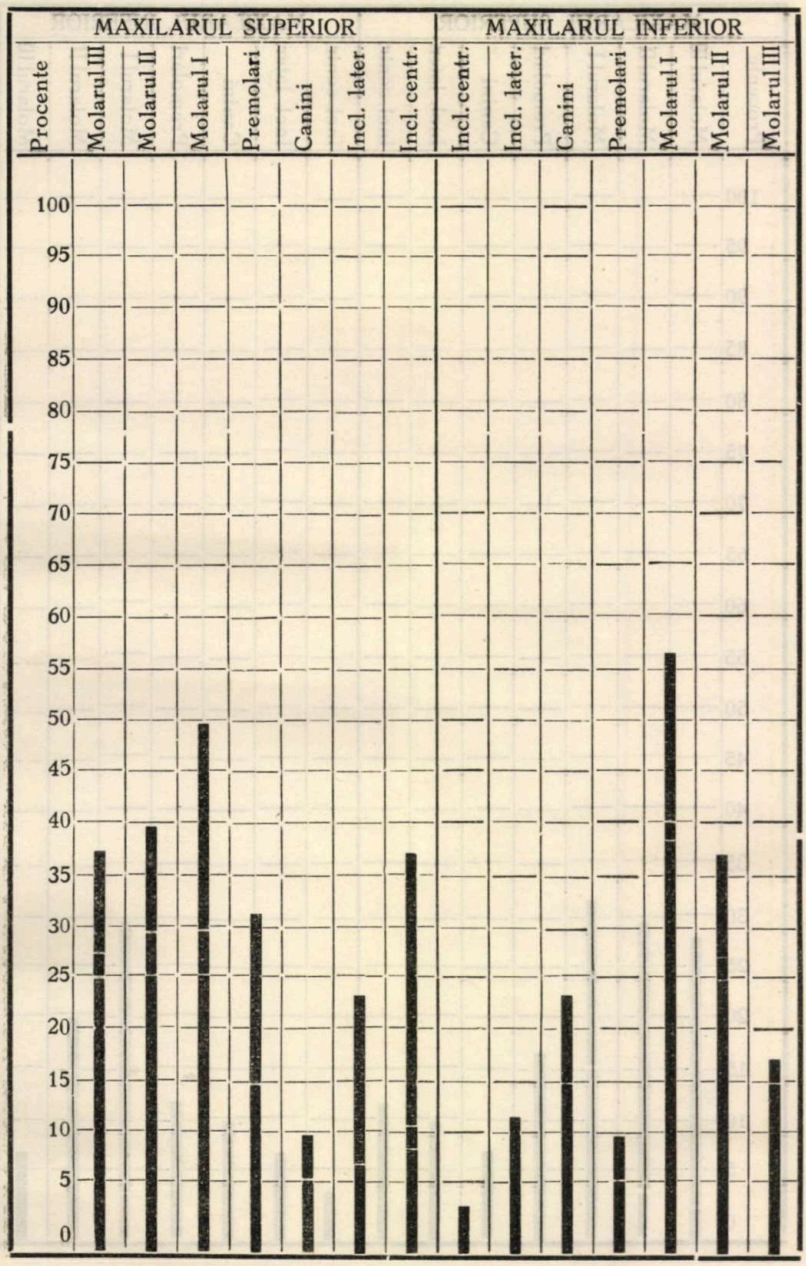
Pentru sindromul maniaco-depresiv am obținut următoarea grafică procentuală:

Maniaco-depresivi.



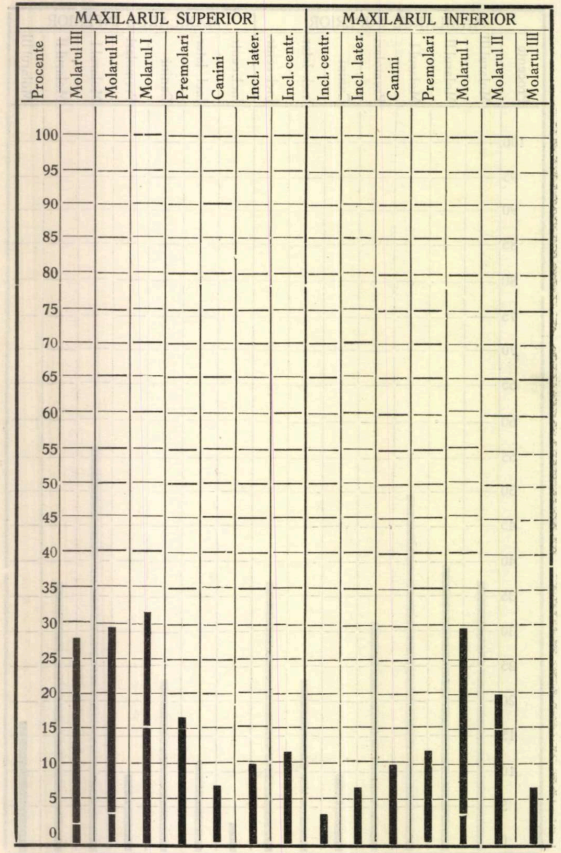
In paralizia generală progresivă, caria dentară se repartizează după următoarea grafică:

Paralizia generală progresivă.

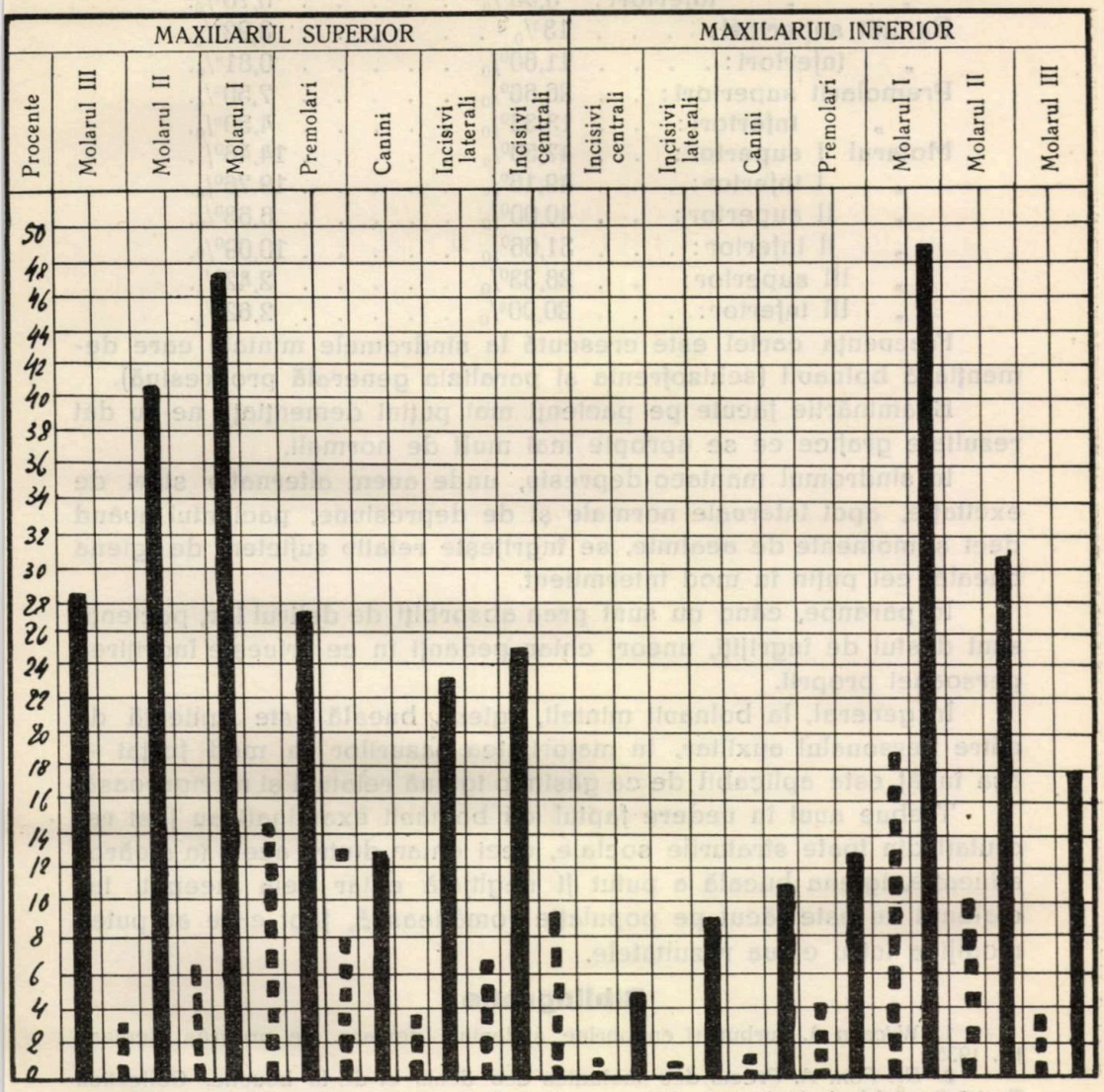


Paranoia ne-a dat următoarea grafică:

Paranoia.



Grafica comparativă între procentul cariei dat de Rédier pentru fiecare specie de dinte şi cel aflat la bolnavii mintali în general:



Legendă: ▬▬▬ linia continuă denotă procentul cariei la bolnavii mintali.
▬ ▬ ▬ ▬ linia întreruptă denotă procentul cariei după Rédier.

Din graficele mai sus expuse, se pot trage următoarele concluzii:

Caria dentară la bolnavii mintali este foarte frecventă, procentul mediu este mai mare decât triplul procentelor date de Rédier.

La incisivii centrali superiori am aflat un procent de 25% în comparaţie cu 9,29%.

Incisivii centrali inferiori:	5%	0,72%.
Incisivii laterali superiori:	23%	6,55%.
„ „ inferiori:	8,33%	0,70%.
Caninii superiori:	13%	3,92%.
„ inferiori:	11,60%	0,81%.
Premolarii superiori:	26,66%	7,50%.
„ inferiori:	13,33%	4,50%.
Molarul I superior:	47,50%	14,46%.
„ I inferior:	49,16%	19,76%.
„ II superior:	40,00%	6,63%.
„ II inferior:	31,66%	10,09%.
„ III superior:	28,33%	2,42%.
„ III inferior:	20,00%	2,62%.

Frecvența cariei este crescută la sindromele mintale care demențiază bolnavii (schizofrenia și paralizia generală progresivă).

Examinările făcute pe pacienți mai puțini demențiați, ne-au dat rezultate grafice ce se apropie mai mult de normali.

In sindromul maniaco-depresiv, unde avem alternativ stări de excitație, apoi intervale normale și de depresiune, pacientul având deci și momente de acalmie, se îngrijește relativ suficient de igiena bucală, cel puțin în mod intermitent.

In paranoe, când nu sunt prea absorbiți de delirul lor, pacienții sunt destul de îngrijiți, uneori chiar pedanți în ce privește îngrijirea persoanei propri.

In general, la bolnavii mintali, igiena bucală este aplicată de către personalul auxiliar, în majoritatea cazurilor în mod forțat — așa încât este aplicabil de ce găsim o igienă relativă și nu riguroasă.

Trebue avut în vedere faptul că bolnavii examinați au fost recrutați din toate straturile sociale, deci chiar dintre aceia în a căror educație, igiena bucală a putut fi neglijată chiar dela început, iar etalonul nu este făcut pe populație românească, fapt care ar putea modifica întru câtva rezultatele.

Bibliografie.

1. *Wilczen A.* Turburări endocrine și leziuni dentare. Le progrès Médical, IX. 1935.
2. *Dr. Pont A.* Précis des maladies des dents et de la bouche. Collection Testut 2. e. éd.
3. *Ruppe Ch.* Du rôle de vitamines sur le système dentaire Revue de Stomatologie 1934.
4. Vinzent René et Lehmans Jean: Contribution a l'étude de la flore anaérobe de la bouche. La Revue de Stomatologie.
5. Friteau: Dentisterie operatoire.
6. Euler H.: Zahnheilkunde. München. 1934.
7. Dr. Cruet: Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche,
8. Dr. Frey: L'echilibre microbiene de la bouche.
9. Gaillard et Nogué: Physiologie et Bacteriologie de la bouche. Fasc. II.

Spre o nouă organizare a Inspectoratelor sanitare.

De **Dr. I. Stoichiția.**

Domnul *Prof. Dr. Tomescu*, președintele Asociației Generale a Medicilor, într'un foarte judicios articol apărut în „România Medicală" din 15 Sept. 1937, se ocupă de rolul pe care trebue să-l aibă în viața noastră sanitară inspectorul general sanitar și stărue asupra necesității ca în viitor acesta să devie în mod real un animator și îndrumător, mai mult, un *conducător* efectiv al serviciului sanitar exterior.

Subscriem fără nicio rezervă atât argumentația, cât și concluziile la care ajunge dl președinte al Asociației, și constatăm cu plăcere că și actualii conducători ai Ministerului Sănătății dl *Ministru G.-ral Dr. Marinescu* și dl *Prof. Dr. Combiescu*, secretarul general al Ministerului, împărtășesc aceleași vederi în problema Inspectoratelor și a inspectorilor sanitari.

Într'adevăr, inspectorii sanitari trebue să înceteze de a mai fi simple organe de poliție sanitară care „inspectează" și „controlează" serviciile și instituțiile sanitare dintr'o anumită regiune, iar Inspectoratul general sanitar trebue transformat dintr'un birou de înregistrare și de verificare a actelor, într'un serviciu activ descentralizat al Ministerului cu organizație și atribuții complete. Aceasta necesitate se afirmă tot mai mult, cu deosebire acum, când ne găsim în preajma unei mari reforme administrative, în cadrele căreia serviciilor provinciale descentralizate ale diferitelor Ministere le revine un rol deosebit de important în viitoarea desfășurare a vieții de Stat.

Pentru ca acest deziderat, pe care îl socotim necesar și în cel mai înalt grad util pentru progresul serviciului nostru sanitar, să poată deveni o realitate, se cer două condiții esențiale și anume: *autoritate și competență tehnică din partea inspectorilor sanitari și autonomie cu puteri cât mai largi pe seama Inspectoratelor Sanitare.*

Inspectorii generali sanitari vor trebui deci recrutaţi după criterii cât mai pretenţioase în ceea ce priveşte capacitatea individuală şi pregătirea tehnică, alegându-se dintre medicii sanitari cei mai bine pregătiţi şi cari au dat dovadă de vrednicia lor prin munca depusă în funcţiile anterioare, prin rezultatele dobândite în urma acestei activităţi şi prin activitatea ştiinţifică desfăşurată. In acelaş timp Inspectoratele sanitare regionale sau provinciale vor trebui investite aproape cu toate drepturile pe care le are Ministerul central, dându-li-se pe lângă o *răspundere efectivă* şi *deplină libertate de acţiune* în toate domeniile administraţiei sanitare.

Având în vedere aceste deziderate, ne vom permite în cele ce urmează ca să schiţăm în mod concret, în forma unor articole de lege proiectul organizării viitoare a Inspectoratelor generale sanitare regionale sau provinciale, ţinând seamă în acelaş timp şi de cerinţele şi dispoziţiile cuprinse în noul proiect de reformă administrativă.

Iată propunerile noastre!

TITLUL . . . . . .

Organizarea Serviciilor Sanitare şi de Ocrotire exterioare.

Capitolul . . .

Inspectoratele Generale Sanitare şi de Ocrotire.

Art. I. Administraţia sanitară şi de ocrotire a ţării se împarte în 7 inspectorate generale sanitare şi de ocrotire provinciale, conduse de către inspectori generali sanitari cu reşedinţa în: Craiova, Bucureşti, Chişinău, Iaşi, Braşov, Cluj şi Timişoara.

Art. II. Inspectoratele generale sanitare şi de ocrotire provinciale vor avea următoarele servicii:

a) Serviciul personalului;
b) „ de contabilitate;
c) „ „ economat;
d) „ „ aprovizionare cu medicamente;
e) „ tehnic;
f) „ de statistică şi demografie;
g) „ contencios;
h) „ de asistenţă şi ocrotire socială.

Art. III. In afară de inspectorii generali sanitari conducători ai serviciilor dela reşedinţa Provinciei, vor mai funcţiona câte 1—2 inspectori generali sanitari de fiecare provincie având reşedinţa fixată într-una din capitalele de judeţ pe care le administrează. Ei

îndeplinesc serviciul de îndrumare, inspecţie şi control sanitar într'un număr limitat de judeţe; nu dispun de servicii proprii şi sunt subordonaţi inspectorului general sanitar dela reşedinţa Provinciei.

Art. IV. Inspectorii generali sanitari şi de ocrotire se recrutează dintre medicii primari de judeţe, medicii şefi de municipii, medicii şefi de secţie dela Institutele de igienă şi sănătate publică având o vechime în serviciu de cel puţin 10 ani, dintre care 5 ani cu titlu definitiv într'una din funcţiile mai sus arătate.

Inspectorii generali sanitari şi de ocrotire se numesc cu titlu definitiv de către Minister, cu avizul conform al Comisiunei administrative şi în baza clasificării unei comisiuni compuse din: directorii Institutelor de igienă şi sănătate publică din Bucureşti, Cluj şi Iaşi; directorul Institutului de seruri şi vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino" din Bucureşti şi un Inspector general sanitar delegat de Minister. In faţa acestei comisiuni candidaţii vor avea de susţinut o probă de activitate, titluri şi lucrări.

Inspectorii generali sanitari conducători ai serviciilor dela reşedinţa Provinciei se numesc cu titlu definitiv de către Minister dintre inspectorii generali sanitari definitivi.

Art. V. Inspectorii generali sanitari şi de ocrotire sunt obligaţi să aibă domiciliul stabil şi permanent în locul unde funcţionează, având drept la mijloace de transport; la locuinţă, luminat şi încălzit în natură sau contravaloarea în bani a acestor drepturi.

Inspectorii generali sanitari şi de ocrotire sunt opriţi cu desăvârşire dela clientela particulară şi nu pot ocupa nici o altă funcţie la Stat, Judeţ sau Comună.

Art. VI. Inspectorii generali sanitari şi de ocrotire, conducători ai serviciilor dela reşedinţa Provinciei au următoarele atribuţiuni:

a) Inspectorul general sanitar este şeful erarhic al întregului personal medical şi sanitar din cuprinsul Provinciei;

b) El conduce, controlează şi îndrumă toate instituţiile şi serviciile sanitare şi de ocrotire din Provincie aparţinând Statului, judeţelor sau comunelor;

c) Inspectorul general sanitar face toate numirile de personal administrativ şi sanitar auxiliar dela aceste instituţii şi servicii cu excepţia personalului de serviciu şi gospodărie, care se angajează şi se numeşte direct de către medicii primari ai diferitelor instituţii şi servicii sanitare şi de ocrotire;

d) numeşte pe medicii interni şi secundari dela spitale şi sanatoriile de Tbc.; pe medicii asistenţi dela Laboratoare şi pe medicii de circumscripţie sanitară cu titlu provizor, la propunerea medicilor primari respectivi;

e) Face angajările medicilor cu contract de reşedinţă pentru comunele rurale şi organizează serviciul medicilor care îndeplinesc stagiul militar în mediul rural, în colaborare cu medicii primari de judeţe;

f) Aprobă concediile prevăzute de legi şi regulamente întregului personal medical, administrativ, sanitar auxiliar şi de ocrotire din regiunea sa, în afară de acelea care sunt date în atribuţia medicilor primari;

g) Aplică pedepsele prescrise de lege până la pierderea salariului pe 30 zile întregului personal medical, sanitar auxiliar, administrativ şi de ocrotire, în afară de pedepsele date în atribuţia medicilor primari;

h) Face propuneri pentru definitivarea medicilor sanitari stagiari şi definitivează conform normelor legale personalul administrativ, sanitar auxiliar şi de ocrotire, la propunerea medicilor primari respectivi;

i) Inspectează şi notează activitatea întregului personal medical;

j) Aprobă bugetele eforiilor sanitare judeţene, sau comunale şi a fondurilor sanitare judeţene şi municipale şi ordonanţează conform alocaţiunilor bugetare cheltuelile materiale şi de personal ale serviciilor şi instituţiilor sanitare aparţinătoare Ministerului;

k) Controlează gestiunile financiare ale tuturor instituţiunilor şi serviciilor sanitare şi de ocrotire; verifică conturile de gestiune anuală în conformitate cu Legea Contabilităţii Publice;

l) Execută personal sau prin delegaţii săi anchetele disciplinare şi introduce acţiunea disciplinară în contra personalului medical, farmaceutic, administrativ şi sanitar auxiliar şi de ocrotire;

m) Organizează serviciul în înţelegere cu autorităţile locale şi cu concursul medicilor primari de judeţ, al medicilor şefi de municipiu şi al şefilor de instituţii;

n) Dispune şi controlează executarea măsurilor pentru combaterea epidemiilor, a plăgilor sociale şi măsurile de salubritate publică;

o) Veghează la aplicarea legilor şi regulamentelor sanitare şi de ocrotire;

p) Supraveghează exerciţiul medicinei, farmaciei, drogheriei, practica moşitului şi a dentisticei;

r) Coordonează activitatea diferitelor servicii sanitare şi de ocrotire aparţinând de autorităţi bugetare deosebite;

s) Intervine ca la întocmirea şi la aprobarea bugetelor autorităţilor locale să se ţină seamă de satisfacerea nevoilor sanitare şi de ocrotire;

ş) Işi dă avizul asupra creerii instituţiunilor cu caracter sanitar sau de ocrotire, precum şi asupra lucrărilor de salubritate propuse de comune, judeţe şi municipii;

t) Inspectorul general sanitar şi de ocrotire face parte de drept din Consiliul provinciei şi este reprezentantul legal al Ministerului Sănătăţii în toate problemele privitoare la sănătatea publică şi ocrotirile sociale.

Art. VII. Inspectorii generali sanitari conducători dela reşedinţa Provinciei pot delega o parte din atribuţiile arătate în art. precedent inspectorilor generali sanitari care funcţionează în cuprinsul Provinciei respective.

Art. VIII. Atribuţiunile şi sarcinile bugetare de ordin sanitar şi de ocrotire ale Provinciei, sunt următoarele:

a) Întemeiază, întreţin sau subvenţionează instituţiuni de ocrotire şi opere pentru profilaxia şi combaterea bolilor sociale;

b) Organizează şi întreţin sau subvenţionează spitale sau sanatorii speciale, stabilimente de psihiatrie, leprozerii, pelagrozerii, institute anti-rabice, colonii de vară pentru copii etc. cari depăşesc interesele unui singur judeţ;

c) Contribue la măsurile de combatere a epidemiilor;

d) Proiectează şi execută lucrări de edilitate sanitară de interes provincial.

Art. IX. Consiliul Provinciei va întocmi un program de înfăptuiri sanitare şi de ocrotire în baza normelor generale stabilite de Legea sanitară, fixând ordinea în care urmează să se realizeze aceste lucrări; sediul instituţiilor şi cota de cheltueli pentru fiecare administraţie judeţeană ori comunală. Acest program va fi supus aprobării Ministerului care va contribui la realizarea operelor proiectate.

Art. X. La reşedinţa Provinciei se va întruni în mod obligator la începutul fiecărui trimestru conferinţa inspectorilor generali sanitari, a medicilor primari de judeţe şi medicilor şefi de municipii sub preşidenţia Inspectorului general sanitar dela reşedinţa Provinciei.

Tot trimestrial se întrunesc în mod obligator la Institutul de igienă şi sănătate publică în conferinţă, toţi inspectorii generali sanitari din provinciile aparţinătoare Institutului respectiv, sub preşidenţia directorului de igienă şi sănătate publică.

In aceste conferinţe se stabileşte programul de lucru, se verifică rezultatele obţinute şi se dau îndrumări şi instrucţiuni de ordin tehnic şi administrativ.

* * *

Am făcut mai sus propuneri concrete pentru reorganizaren Inspectoratelor generale sanitare în cadrul noui legi administrative şi socotim că aceste propuneri pot servi ca bază de discuţie pentru reforma ce se proiectează. Vom adăuga că, o bună funcţionare a Inspectoratelor generale sanitare astfel reorganizate va putea fi asigurată printr'o strânsă colaborare de ordin technic medical între ele şi între Institutele de Igienă şi sănătate publică. Pentru a putea garanta această colaborare necesară şi utilă în cel mai înalt grad, va trebui ca atribuţiile şi îndatoririle Institutelor de igienă şi sănătate publică cuprinse în art. 31 din actuala Lege sanitară, să nu fie numai facultative, ci ele să aibă un caracter *obligator* nu numai pentru Institutele de Igienă, ci şi pentru toate organele sanitare şi administrative din cuprinsul Provinciilor de sub autoritatea acestor Institute. In primul rând credem că avizele pentru construcţii sanitare, instalaţiuni de aprovizionare cu apă, canalizări, planuri de sistematizare etc. va trebui să aibă un caracter categoric obligator pentru organele administraţiilor locale, evitându-se astfel marile erori care se fac astăzi de către aceste autorităţi în dauna sănătăţii publice.

Un alt domeniu important de colaborare va trebui să fie propaganda sanitară prin grai viu, prin presă, prin broşuri, prin filme, etc. precum şi cunoaşterea realităţilor de ordin medical şi sanitar prin întreprinderea de anchete privitoare la cele mai variate probleme de igienă şi sănătate publică.

Colaborarea cât mai strânsă şi cât mai reală între Institutele de igienă şi sănătate publică şi între Inspectoratele generale sanitare şi de ocrotire, va avea ca rezultat îmbinarea fericită a puterii executive reprezentată prin Inspectorate, cu competenţa tehnică necesară reprezentată prin Institutele de Igienă şi din această îmbinare va răsări progresul real al organizării noastre sanitare.

Cu acest singur gând al promovării sănătăţii publice, ne permitem a supune cu tot respectul atenţiunei conducătorilor Ministerului Sănătăţii dezideratele şi propunerile cuprinse în prezenta lucrare.

Propaganda sanitară.

Ar fi interesant să se poată stabili în mod precis măsura de eficacitate a diferitelor metode de propagandă utilizate azi pentru ridicarea standardului sanitar al populaţiei rurale. Ori cât de simplu ar părea însă acest deziderat este cu neputinţă să putem verifica statistic această măsură. Elementele cari stau la baza acestui calcul variază în mod aproape nelimitat dela metodă la metodă, dar chiar şi în limitele aceleaşi metode variază în mare măsură. Acelaş obiect expus de 2 diferiţi conferenţiari în faţa aceluiaşi public poate să producă efecte diferite, tocmai cum diferit poate să fie rezultatul aceleaşi conferinţe cu acelaş conferenţiar trecând dela o comună la alta. Dar oare o anchetă în sânul ţăranilor nu ar putea să ne arate care este metoda cea mai apreciată de ei şi care elemente de ordin medical şi sanitar i-ar interesa mai mult? Nu cunosc rezultatul unei astfel de anchete — cel puţin la noi — dar cu toate că un sufragiu de acest fel ar scoate la iveală elemente interesante, nu cred că materialul adunat ar putea să clarifice cu toată exactitatea problema în discuţie. Ar trebui să considerăm pe ţăranul nostru cu mult prea conştient ca să aşteptăm să fixeze el felul în care ar putea să fie educat.

In lipsa acestor probe pozitive ale randamentului să încercăm să luminăm problema pe calea mai puţin sigură a deducerei.

Metoda cea mai generală şi mai des întrebuinţată este cea a conferinţelor publice. S'ar părea că e metoda cea mai eficace din moment ce formează aproape singurul mijloc de propagandă la noi. In realitate rezultatul acestor conferinţe este foarte redus cu toate aceste se recurge la ele fiindcă se organizează uşor şi nu cere un efort mare. Un conferenţiar se găseşte totdeauna şi la fel şi ascultători. Toată problema se reduce deci la o sală, însă cu excepţia lunilor de frig de iarnă nu e nevoie nici de aceasta. Să presupunem că această propagandă sanitară la ţară este făcută numai de conferenţiari conştiincioşi, înzestraţi cu cunoştinţe pedagogice alese şi cu conferinţe bine pregătite. Fără îndoială ele pot influenţa momentan în mod profund lumea ascultătoare, dar deodată cu plecarea con-

ferenţiarului interesul pentru problema discutată dispare şi viaţa îşi reia mersul ei obicinuit în nepăsarea apăsătoare a omului dela ţară. Prin conferinţe nu putem aduce un aport serios în opera de ridicare a statului din punct de vedere sanitar. Conferinţa este mijlocul prin care se cultivă şi se convinge omul ajuns deja la o treaptă de cultură, deci nu poate fi privită încă ca o metodă corespunzătoare pentru mediul nostru rural.

Dacă şi-ar lua cineva oboseala să verifice subiectele acestor conferinţe pe un judeţ sau chiar pe ţara întreagă, bănuiesc că ar rămâne surprins de variaţia extrem de limitată a acestor subiecte. Tuberculoza, mortalitatea infantilă, boalele molipsitoare, cancerul, alcoolismul şi încă 2—3 probleme: iată la ce se reduce câmpul vast al medicinei în propaganda sanitară. Fiecare din problemele de sus este desvoltată în întregimea ei într'o singură şedinţă şi nu e de mirare deci că conferenţiarul este obligat să abordeze numai generalităţi vagi în mod cu totul superficial ca să poată avea conştiinţa liniştită că a spus maximumul din ceea ce era dator să facă. Iar proximul conferenţiar care se abate pe la aceeaşi comună se limitează tot la aceleaşi generalităţi superficiale cari cu timpul se transformă în mintea ţăranului nu în învăţătură ci în banalitate.

Dar ar fi o greşală să acuzăm pe conferenţiar pentru acest lucru. Greşeala nu e a lui. Atâta timp cât puterea de înţelegere şi de asimilare a ţăranului se menţine la gradul redus de azi nu se poate aştepta dela o conferinţă mai mult de atât.

Dar în acest caz cari sunt mijloacele de propagandă mai eficace pentru noi?

Să analizăm cel al publicaţiilor tipărite adecă broşuri, foi volante, afişe, tablouri, etc.

La noi acest mijloc este încă inexistent. Abia cunoaştem un număr infim de mic, de cărţi de popularizare a medicinei. La fel şi afişele şi tablourile de propagandă. La institutele de igienă şi unele dispensare rurale materialul de propagandă este strein — mai ales german, adaptat în întregime în forma şi spiritul iniţial strein — doar cu inscripţie românească.

Cu vreo câţiva ani în urmă Ministerul Sănătăţii a publicat revista sanitară „Sănătatea publică“ pe coperta căreia se putea vedea foarte reuşite tablouri de propaganda sanitară. Păcat că aceste tablouri au rămas numai pe coperta revistei — cu caracter profesional şi nu popular — şi nu au fost difuzate la ţară.

In momentul de faţă cel mai des găsit dar aproape singurul afiş de propagandă este cel distribuit cu vreo câţiva ani în urmă

de Ministerul Sănătăţii pentru dispensarele rurale: vindecarea sifilisului prin neosalvarsan. Acest afiş însă are caracterul unei reclame comerciale şi mai puţin de propagandă sanitară.

Cauza că acest fel de propagandă, adecă propaganda scrisă la noi de abia a fost încercată, este uşor de înţeles. Propaganda prin publicaţii şi afişaj presupune deja un oarecare grad de cultură şi un grad oarecare de interes pentru problemele sanitare şi în acelaş timp este legată de cheltueli însemnate. Cărţile de propagandă trebuesc să fie cât se poate de ieftine, iar tablourile murale şi afişele de propagandă pe lângă caracterul lor gratuit trebue să fie distribuite în număr mare de exemplare ceea ce înseamnă cheltueli ridicate.

Cu toate că propaganda prin tipar consumă fonduri incomparabil mai însemnate decât propaganda prin grafu, totuşi statul şi institutiile particulare cu scop de propagandă culturală ar trebui să ridice acest mijloc de propagandă la importanţa lui meritată. Cărţile de popularizare a cunoştinţelor de interes sanitar, afişele şi placatele editate special pentru mentalitatea omului dela ţară sunt răsfoite şi privite totdeauna cu interes şi dacă sunt în spirit practic şi uşor accesibile sunt în stare să stârnească şi să susţină interesul pentru ele.

Oficiul naţional de turism a fost în stare să ne prezinte o serie întreagă de minunate afişe de propagandă pentru turismul românesc încă în faşe şi nimenea nu poate nega succesul lor şi nimeni nu se îndoeşte de rezultatul incomparabil mai bogat ce ar urma după o propagandă sanitară pe acelaşi cale cu acelaş capital învestit. In orice caz însă dacă ne-am decide pentru această muncă să nu ne mulţumim cu imitarea materialului străin. El trebue să fie în spirit, concepţie şi mentalitate pur românească.

Ar fi de spus un cuvânt despre cinematograf ca mijloc de propagandă sanitară. La noi această propagandă este încă necunoscută şi va rămâne necunoscută încă mult timp. Este indubitabil că o propagandă susţinută pe această cale ar avea un rezultat din cele mai frumoase, însă lipsa unei industrii cinematografice şi electrificare abia începută a comunelor rurale ne va împiedeca încă o perioadă lungă de timp să-i judecăm viitorul.

Toate mijloacele de propagandă discutată mai sus au un defect care reduce valoarea lor educativă. Nu se pot apropia suficient de viaţa ţăranului. Nici una nici alta nu-l poate interesa în aşa măsură ca în figura beţivului pierdut de pe afişul antialcoolic să-şi vadă propria-i tragedie în cazul că e cuprins de acest viţiu, nu-l impre-

sionează prea mult nici coasa morții care reprezintă soarta tuberculoticului prin simplul motiv că figura reprezintă pe altul decât el. Iar dacă îi vorbești despre mormintele prea numeroase a notilor născuți se împacă ușor că din 8 copii i-a rămas 3 și n'are deci de ce să se plângă.

Consider că singurul mijloc de propagandă care ar putea trezi interesul țăranului pentru propria-i persoană și pentru familia lui cel puțin în condițiile actuale până la culturalizarea lui pe o treaptă mai ridicată rămâne cel care se adresează direct vieții lui individuale. O conferință, un film, un afiș înfățișează pentru el o problemă generală, dar nu interesul lui. Și din acest motiv efortul educativ rămâne rece pentru el. Dar dacă în loc să-i vorbim despre problema mortalității infantile îi arătăm propria-i pierdere prin moartea copilului care putea fi salvat, sau dacă în locul unei conferințe despre boale infecțioase îi putem demonstra suferința ce a avut de pe urma febrei tifoide sau altă boală, interesul se trezește și îl pune pe gânduri. Urmând această logică, am credința că pe terenul propagandei sanitare deocamdată singura metodă eficace de educație este propaganda individuală. Această constatare a servit la baza creărei instituției surorilor de ocrotire ca un scop tehnic de propagandă sanitară pe baza individuală.

Această propagandă are un oarecare trecut și la noi în țară cu rezultate evidente.

Din moment ce rămâne stabilit și constatat că această metodă este cea mai bogată în rezultate, atenția organelor sanitare trebue să se îndrepte spre organizarea și generalizarea ei cât mai largă. Trebue să se găsească largi posibilități pentru mărirea randamentului ei și mai ales pentru extinderea ei în limite cât se poate de largi. Acest desiderat se va satisface pe măsura ce va crește și numărul surorilor de ocrotire. Credem însă că problema se poate soluționa — sau mai bine zis desvolta și pe altă cale.

Această nouă cale ar avea caracterul școalelor de adulți. Ar fi școala sanitară țărănească.

Organizarea și funcționarea acestei școale — cu caracterul ei nou pentru țara noastră — s'ar putea face în condiții bune fără prea multe pregătiri, și mai ales fără prea mari cheltueli. Presupunem că s'ar găsi o clădire disponibilă rămasă în urma unui liceu sau altă școală desființată. In această clădire care va purta de aici încolo numele de școală sanitară țărănească vor fi primite în lunile de iarnă și primăvară pentru serii de 6—8 săptămâni fete și femei tinere cari vor urma îndrumările practice menite să le îmbogățească cu-

noştinţele lor. Vor urma zi de zi cursurile de gospodărie cu îndrumările referitoare la toate problemele ce sunt legate de ţinerea în bună stare, curăţenie şi ordine a casei ţărăneşti. Nu va fi nimic teoretic în aceste îndrumări, căci tot ce va forma baza de program al acestor cunoştinţe se învaţă prin activitatea lor de dimineaţa până seara în gospodăria căminului lor.

Sub conducerea maestrei de bucătărie se pregăteşte zi de zi hrana lor învăţând să pregătească din produsele agricole proprii hrană simplă dar hrănitoare.

O parte importantă a timpului rămas neocupat de lucrările de gospodărie şi bucătărie va fi dedicat igienei şi medicinei. Partea principală în acest studiu va fi formată din îngrijirea copilului mic, fiziologia graviditătii, naşterea, lăuzia normală şi patologia lor. Se va completa cu prelegeri privind boalele infecţioase, boalele medico-sociale şi elemente de prim ajutor.

Gospodăria, bucătăria şi igiena ar forma baza programului de educaţie: este de importanţă secundară dacă acest program se va completa în cadrul timpului disponibil cu alte îndeletniciri practice sau distractive cum ar fi grădinăritul, educaţie morală, cor, etc. etc.

Corpul didactic al acestei şcoale nu va fi prea mare, 2—3 persoane poate satisface în întregime programul schiţat, punând instituţia sub controlul medicului primar de judeţ economisind astfel cheltuelile salariului unui director bugetar. Pe măsură ce instituţia, se desvoltă, personalul didactic se va putea completa cu angajarea de maestre pentru diferite lucrări ce se vor dovedi necesare. Intreg programul didactic ar putea fi încredinţat surorilor de ocrotire cu oareşcare completare a educaţiei lor pentru munca specială ce o execută.

Cheltuelile de întreţinere ale elevelor ar fi minimale şi ar întrece cu puţin cheltuelile întreţinerei unui bolnav în clasa a treia de spital, dar după ce şcoala îşi va dovedi necesitatea ei şi aceste cheltueli minimale vor putea fi economisite prin impunerea taxelor de înscriere la o sumă echivalând costul întretinerei.

Şcoala sanitară ţărănească pentru bărbaţi ar putea fi organizată urmând acelaş principiu ca la cea pentru femei, evident modificând programul analitic după nevoile directivelor unei educaţii puţin diferite. Studiul igienei ar cuprinde pe lângă cel al boalelor contagioase şi medico-sociale, domeniul igienei colective şi mai ales al lucrărilor de sanitaţie. Studiul igienei ar avea aici rolul de a iniţia elevul în problemele sanitare cu caracter colectiv. Restul programului va cuprinde elemente cari să trezească simţul interesului

comun sădind în sufletul lui obligaţia de a ţine cont de interesul comunităţii în toată activitatea lui. Important este pentru completarea reuşită a acestui program să se dea posibilitatea desvoltării lui în preocupările imediat apropiate vieţii lui, cum este agricultura, pomicultura, horticultura, albinărit, etc. cari toate laolaltă dau caracterul practic şi de folos real al şcoalei.

Evident şcoala sanitară ţărănească pentru bărbaţi reclamă o organizaţie incomparabil mai amplă decât cea pentru femei. Personalul didactiv va fi mai numeros şi înzestrarea scoalei mai bogată. Variaţia relativ mare a studiilor impune prezenţa unui corp didactic specializat iar demonstraţiile practice de economie impune înfiinţarea unei ferme. Toate aceste cheltueli se reduc însă la proporţia minimă a şcoalei pentru femei dacă şcoala se înfiinţează pe terenul sau în apropierea unei ferme de stat.

Consideraţiunile teoretice cari militează pentru necesitatea acestor şcoli sunt uşor de înţeles. Elevii bărbaţi sau femei trăind o perioadă de timp de 1—2 luni în condiţii optime de vieaţă văd lipsurile şi neajunsurile în care îşi duce vieaţa de acasă. Dar în acelaş timp îşi găseşte aici la şcoală toate îndrumările pentru a le corecta. Noţiunile noui ce le câştigă se asimilează cu încetul şi devin un obiceiu ceea ce nu se poate obţine în cadrul unei conferinţe. In cadrul şcoalei educaţia individuală se poate executa temeinic şi sistematic, putându-se urmări evoluţia fiecăruia. Iar la urmă să nu uităm un factor psihologic de mare importanţă: orice individ ştiindu-se absolvent al unei şcoli de care semenul lui nu a avut parte caută a-şi arăta superioritatea.

In cadrul acestei expuneri ar fi greşală să trecem cu vederea peste lăudabilele încercări ale mai multor despărţăminte judeţene ale Asociaţiunii „Astra“ prin care a organizat un număr mare de şcoale ţărăneşti cu scopul ridicării nivelului cultural şi social al poporului. Programul unora dintre aceste şcoale a fost mult apropiat de cel expus în lucrarea de faţă şi rezultatele bune obţinute ne-au inspirat la redactarea acestui articol. Propunerile noastre au scopul de a arăta necesitatea înfiinţării unor şcoli permanente cu un caracter mai accentuat sanitar.

Dr. Ioan Cosma.

Paul de Kruif: **„Vânători de microbi".** Traducere de dl Prof. Dr. Val. L. Bologa și Dr. Lia Dima. Cu prefață de dl Prof. Dr. Ionescu Mihăești. Editura Lepage, Cluj, 1938.

Traducerea acestei cărți dărueşte marelui nostru public una din cele mai cunoscute și utile lucrări, ce depășește cadrul pur medical, prin cuprinderea și pătrunderea vieții marilor exploratori-eroi ai microcosmului, ai lumii ființelor invizibile. Este vorba de agenții microscopici ce dispun de viața și moartea indivizilor, ce fac deci parte din fundamentalele determinări ascunse ale destinului omenesc.

Lucrarea începe cu viața lui *Anton van Leeuwenhoek* (Levenhuc), cel care a văzut mai întâiu microbii. Acum 250 de ani olandezul Leeuwenhoek, portar al Primăriei din Denft (orășel din Olanda de atunci) se îndeletnicea — în orele libere — cu o pasiune deosebită, cu șlefuirea sticlelor. Se distra cu aceste sticle privind toate lucrurile mici. mărite de câteva ori. „Încântat, contempla pureci și păduchi". Încăpățânarea — căci „n'a fost om pe lume mai greu de convins ca el" — și ignoranța, l-au fixat pe un drum ce-l ducea spre descoperirea unei lumi nebănuite până la dânsul. Aceste două caracteristice, ale acestui om simplu, l-au ferit de influența prejudecăților, dogmelor științifice de pe atunci, de „năsbătiile savante ale vremii".

S'a ivit în a doua jumătate a secolului XVII o nouă deșteptare a spiritelor. Oameni distinși ai gândului și înfăptuirilor încercau să spargă coaja perceptelor tabu-ate ale mentalității aristotelice. S'a format astfel în Anglia așa numitul „Colegiu invizibil" compus din revoluționari ce nu mai voiau să audă „decât de răspunsul experiențelor proprii". Un făgaș spre empirismul și observația directă a fenomenelor naturii. Colegiul cultivând pe orice experimentator nu putea să treacă cu vederea faima, svonul ce-l stârneau afirmațiile „smintitului" analfabet din Denft. Din acest Colegiu făceau parte și Boyle, întemeietorul chimiei științifice și Newton. După încoronarea Regelui Carol al II-lea, colegiul a ieșit din starea lui „subversivă" devenind Royal Society, în sânul căreia a fost ales membru și Leeuwenhoek. Aici își trimetea rapoartele asupra cercetărilor lui — peste o sută în 50 de ani — asupra „murdăriilor de pe piele, pe carne, ghimpului de albină, picăturilor de apă" în care văzuse mii de ființe — „bestii blestemate" cum le-a numit el însuși. Cercetase până și depozitul alb de pe dinți, scriind o comunicare despre cele găsite în gura lui. El a văzut cel dintâiu globulele sângelui în trupul unui pește, a descoperit spermatoizii. Dacă n'a întrevăzut legăturile cauzale dintre boli și microorganisme, a dovedit însă, că aceste „vietăți mizerabile au puterea să mănânce și să omoare animale mult mai mari". Faima lui a atras pe Petru cel Mare „care veni la el pentru a-l omagia, iar Regina Angliei a călătorit la Denft ca să poată privi prin sticlele lui miraculoase". Acesta a fost primul vânător de microbi „cel mai cinstit și precis în descoperirile sale, lucrând cu mijloace atât de sărăcăcioase".

La câtva timp după moartea lui apare *Spallanzani*, în Italia. Jocul — în copilăria lui — se reducea la „experiențe naive, uneori chiar crunte, cu gândaci, muște, broaște și viermi". Îl interesa „să vadă cum funcționează organele lor". Adversar al generației spontanee și al „forței vegetative" dovedește prin experiență, că microbii au și ei părinți: „Viață din viață! Fiecare ființă are un părinte, chiar și aceste ființe mici și mizerabile".

Urmează o pauză de trei decenii. Microbii au fost uitați. Suedezul Linnê, în sistemul lui de încatalogare a tuturor vietăților spune că „microbii fiind atât de mici, formează o harababură în care nu se poate orienta nimeni". l-a așezat în

clasa „haos". Spre acest haos al nevăzutelor își îndreaptă pașii tânărul ambițios *Louis Pasteur*, fiul unui tăbăcar din Arbois. Atras de tainele chimiei realizase unele descoperiri privind acidul tartric; ca profesor și decan în Lille, ocupându-se cu analiza drojdiei, a descoperit fermenții acidului lactic și ai alcoolului. Cunoașterea cauzelor fermentației, deschidea frumoase perspective domeniului industrial.

Descoperirea microbilor necesari vieții a pregătit ipoteza existenței unui rol primejdios ce l-ar putea avea microbii. Lui Pasteur i-a fost dat să anunțe lumii, că „microbii pot fi primejdioși". Este prea bine cunoscută neprețuita contribuție ce au adus-o descoperirile fanteziei acestui mare patriot și creștin, cum întotdeauna s'a afirmat, — în domeniul antisepsiei, problemei turbării, dalacului, etc. Intreaga lui activitate științifică a fost condiționată de principiul unei înalte etice. In apelul către tineret pronunță faimosul îndemn: Intrebați-vă înainte de toate: *Ce am făcut pentru știința mea? Și dacă ați progresat în deajuns, întrebați-vă iarăși: Ce am făcut pentru Patria mea? Va veni atunci ziua când veți avea nemăsurata fericire de a vă spune că ați contribuit fiecare în felul său la progresul și la binele omenirii întregi...*"

In același timp sobrul și meticulosul medic de circumscripție într'un sat prusian, tânărul *Robert Koch* începe cu o asiduositate crescândă să privească sub microscop sângele vitelor moarte de dalac. Un prim rezultat al cercetărilor lui: dovedise cel dintâiu, că o anumită boală se produce de o anumită specie de microbi, pentru ca mai târziu să descopere agentul patogen al tuberculozei. Nu mai insistăm asupra celorlalte contribuțiuni privind nu numai microbii, ci și tehnica științifică ce-a lăsat-o bacteriologiei.

Autorul descrie viața mai puțin cunoscută a lui *Roux* și *Behring* în luptă cu difteria. Incursiunile lor în lumea microbilor a dus la descoperirea toxinelor, ceeace a deschis căile spre vastul arsenal al seroterapiei.

Urmează romantica viață a lui *Elie Mecinicov*, descoperitorul „bunilor noștri fagociți" și un original cercetător al cauzelor bătrâneții. El a creiat știința despre bătrânețe, botezând-o gerontologie și știința despre moarte, căreia îi dădu numele de tanatologie; a vorbit de un instinct al morții, iar mai târziu a afirmat că „omul este atât de bătrân, cât de bătrâne îi sunt arterele sale". In acest sens a bănuit rolul sifilisului în producerea arteriosclerozei și a insistat asupra autointoxicației, considerată ca una din cauzele bătrâneții.

In viața celorlalți „vânători de microbi": *Theobald Smith* în luptă cu căpușele și febra de Texas, a lui *David Bruce* „pe urmele muștei țețe", a lui *Ronald Ross* și *Battista Grassi* în lupta lor contra malariei, a lui *Walter Reed* în contra febrei galbene, — cuceririle științifice se desfășoară pe un adevărat teren de luptă având ca dușmani animalele sălbatice ale junglei, insectele (muște, țânțari) și agenții necunoscuți ai unor boale ce secera mii de vieți omenești. Poate în nici un alt domeniu al medicinii n'a fost nevoie de o înarmare a pregătirii și a spiritului științific, cu puternice calități fizice și îndeosebi morale: curaj desăvârșit, eroism de durată, conștient, dezinteresare până la suportarea de bunăvoie a unor dureri îndelungate, a unor infirmități definitive și din cele mai grele, până la dăruirea conștientă chiar a vieții.

Lucrarea se încheie cu viața „vizionarului iubitor de culori, vesel, nepractic, însă cu energia unui dinam": *Paul Ehrlich*. Deși nu cunoștea chimie, iubea coloranții, și în cercetările sale „colorând prin injecții animale vii" impunea fabricanților de culori formule intuite în fantezia lui creatoare construind astfel „teoria catenelor laterale". A descoperit că și atoxilul poate fi modificat radical; făcând 606 de combinații cu acest radical arsenic a reușit să fabrice „glontele magic".

ce-a deschis lupta hotărâtoare în contra „palidelor ființe" descoperite de Schaudinn

* * *

Distinsul tălmăcitor al acestei cărți — ce-a fost tradusă în aproape toate limbile civilizate — Dl Prof. Dr. Valeriu Bologa menținându-se pe aceeași linie a farmecului literar și a înălțimilor de viață, gândire și realizare ce le-au atins „eroii" lui Paul de Kruif, completează lucrarea cu zugrăvirea a două icoane, a doi apostoli ce au desțelenit căile științei medicale românești în domeniul bacteriologiei: chipul savanților noștri, Prof. *Dr. V. Babeș* și *I. Cantacuzino.* O frumoasă încoronare românească a cestei lucrări străine.

Nu putem trece cu vederea — în afara culturii generale ce-o oferă nu numai medicilor, ci oricărui intelectual — revărsarea unui puternic suflu spiritual de înaltă concepție etică despre viață, ce caracterizează activitatea acestor luptători, sincer îndrăgiți de omenire a cărei viață, sănătate și fericire au apărat-o cu riscul propriei lor sănătăți și vieți.

D-nul *Prof. Dr. Bologa*, directorul Institutului de Istoria Medicinii din Cluj și d. *Dr. Lia Dima*, asistentă — se pot bucura de o reală mulțumire sufletească, prin darul neprețios, atât de actual, ce-l fac îndeosebi tineretului, răspândind această adevărată carte de căpătâiu, pentru toți cei ce s'au angajat pe calea spinoasă a muncii desinteresate, într'o vreme a idealismului depreciat prin cultul egoismului excesiv și anarhic. Acest adevărat *îndreptar moral*, constitue un minunat stimulent al încrederii în sine, al perseverenții într'o muncă desinteresată și al dragostei pentru binele colectiv, elemente sufletești atât de șubrezite în vâltoarea socială contemporană.

Dr. I. Popescu-Sibiu.

In afecțiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special

pneumonie,
abces pulmonar,
bronchopneumonie,
pleurezie purulentă, etc.
apoi în **septicemie**

REMEDIUL SUVERAN

CAMFALCOL inj.

camfor — alcool — glucoză
pentru injecțiuni intravenoase
20—100 cc pe zi după gravitatea cazului

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter S. A., București Str. Plantelor 21

Anul jubilar „Bayer“ 1938.

In anul 1938, secţia farmaceutică a casei „Bayer“, I. G. Farbenindustrie, A. G. aniversează o jumătate de veac dela întemeiere. In anul 1888, conducerea întreprinderilor numite Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer et Co. din Elberfeld, după descoperirea Phenacetinei care constituia unul dintre primele antipiretice, a hotărât să ataşeze industriei coloranţilor o secţie farmaceutică specială. După fuziunea fabricilor grupate astăzi în jurul societăţii I. G. Farbenindustrie A. G. întreg grupul farmaceutic primise denumirea „Bayer“, denumire care a devenit astăzi o noţiune mondială. Din Leverkusen, sediul central al firmei „Bayer“, medicamentele „Bayer“ pornesc în lumea largă. Institutiile de cercetare şi producţie din Elberfeld, Hoechst şi Leverkusen le sunt ataşate uzinele de ser din Marburg, care în cinstea fondatorului uzinei şi a creatorului sero-terapiei, poartă numele de „Behringwerke“. Este îndreptăţită mândria ce o resimte conducerea firmei „Bayer“ cu prilejul acestei aniversări, trecând în revistă seria impunătoare de succese. Astfel de ex. lucrările în domeniul antipireticelor, narcoticelor şi somniferelor, a chimioterapiei, hormonilor şi vitaminelor ca şi în cel al medicinei tropicale, au dobândit o importanţă covârşitoare şi au devenit deschizătoare de drumuri noui. Dacă pe vremea aceea, în 1888, pe baza orientărilor cu totul noui ale ştiinţei, cercetările şi producţia au fost puse pe o temelie proprie, timpul a dat completă dreptate acestor iniţiative. Succesele obţinute în diferitele instituţiuni ştiinţifice ale casei „Bayer“ s'au bucurat în toată lumea de cea mai deplină atenţie şi recunoştinţă.

Laboratoarele chimio-farmaceutice, farmacologice, fiziologice, chimio-terapeutice şi sero-bacteriologice ale casei „Bayer“ în care activează specialiştii cei mai de vază, sunt lăcaşuri cunoscute de creaţie ştiinţifică serioasă şi precisă. De asemenea şi uzinele, care au fost ridicate în epoca recentă şi care au constituit ţinta numeroşilor vizitatori de pretutindeni, sunt după opinia specialiştilor, realizări pilduitoare. Apreciind toate acestea, dorim casei „Bayer“ în acest an jubilar al ei, că şi a doua jumătate de veac să-i aducă aceleaşi succese.

O cale nouă pentru combaterea durerilor. Firma Knoll A. G. cunoscută pentru preparatele ei cu renume mondial ca: Gardiazol şi combinaţiunile sale, Calcium-Diuretină, Jod-Calcium-Diuretină, Dicodid, Dilaudid, etc., a introdus acuma şi în ţara noastră un preparat nou şi foarte interesant.

Este vorba de o combinaţie al modernului antispasmodic Octinum Knoll cu Dimetilaminofenildimetilpirazolon, în raport molecular, care sub numele de Oktyron liquid „Knoll" se găseşte deacum în toate farmaciile ţării.

Efectul Oktyron-ului liquid, este de natură analgetică, antinevralgică şi spasmodică.

Preparatul este liber de alcaloizi şi de acid barbituric, distingându-se prin absenţa oricăror efecte secundare.

Prin forma lichidă avem posibilitatea unei dozări individuale. În ţările unde a fost introdus de mai de mult în terapie, Oktyron liquid a devenit extraordinar de repede o posibilitate sigură la îndemâna medicului pentru înlăturarea durerilor de orice natură, în deosebi dureri provenite din spasme, dismonoree, migrenă, nevralgie şi dureri de dinţi.

Medicii, cari se interesează de acest preparat, pot să primească la cerere, o mostră, gratuită, cât şi literatura respectivă dela Knoll S. A. Bucureşti, strada Atena Nr. 20.

H. Horster: Clinica med. şi neurol. a Universităţii Würzburg: **Tratamentul eficace al colitei ulceroase cu Torantil.** Arch. f. Verdauungskrankheiten. 1936. Tom 59. Nr. 6, Pag. 301.

La o pacientă bolnavă de colită ulceroasă s'a putut obţine un efect surprinzător de favorabil prin provocarea unui şoc anafilactic. La un alt bolnav (Noemvrie 1933) un tratament asemănător nu a dat rezultate, din care cauză s'a încercat preparatul inofensiv Torantil. Bolnavul, în vârstă de 24 ani, primi pe săptămână de 2 ori 2 ccm. Torantil intramuscular, apoi la 2 zile câte 2 ccm. Numărul scaunelor a scăzut rapid şi au devenit mai solide. După 3 săptămâni nu s'au mai putut constata la rectoscopie procese inflamatorii. Mai târziu când pacientul se afla acasă, se iviră din nou scaune muco-sanguinolente, încât după 10 zile era nevoe a se continua tratamentul cu Torantil. După 2—3 săptămâni scaunele erau formate. Pacientul a mai fost examinat ulterior cu diferite metode. În Ianuarie 1935 cântărea 80,5 kg. Deasemenea la o femee de 28 ani, cu o colită ulceroasă gravă ce data de un an, având zilnic 8 scaune muco-sanguinolente, s'a reuşit a se înlătura afecţiunea printr'un tratament cu Torantil, în decurs de 2 luni. Apoi s'a ameliorat starea generală a unui bolnav în vârstă de 20 de ani cu o enterită insectigenă, având 8—10 scaune muco-sanguinolente pe zi, prin 10 injecţii de Torantil. Greutatea corporală a crescut, dar scaunele au rămas încă muco-sanguinolente. O cură de îngrăşare cu insulină, o transfuzie de sânge de 500 ccm. şi 9 injecţii cu Torantil au avut ca rezultat ameliorarea evidentă a scaunului. La alţi 4 bolnavi de colită ulceroasă terapia cu Torantil a dat rezultate la fel de satisfăcătoare.

Horster propune de a se trata bolnavii de colită ulceroasă la început cu cca. 10—12 injecţii de Torantil (la 2 zile 2 ccm.). Eventual va trebui să se repete această cură. La aceasta el adaogă zilnic de 3×2 drageuri de Torantil. Dacă anemia nu cedează, deşi starea intestinală este ameliorată, trebue să se facă o transfuziune de 500—800 ccm. sânge. Numai dacă acest tratament eşuează, s'ar putea face o încercare cu provocarea unei reacţiuni anafilactice (după Kalk). Intervenţii operative, precum ar fi anus contra naturii, ar fi atunci aproape de prisos.

Cabral: Sanguen, **„Observaţiuni asupra efectului injecţiunilor de Atebrin-Musonat în malarie".** The Patna Journal of. Medicine 1930 Vol. II Nr. 1.

Metoda de tratament întrebuinţată a fost de 3 injecţiuni de câte 0,30 gr. în 3 zile consecutive. In 2 cazuri chiar 2 injecţiuni au fost suficiente pentru vindecarea completă. Se releva distrugerea rapidă a schizonţilor, care a fost completă de cele mai multe ori chiar după a 2-a injecţie.

Autorul a găsit l-a zi după prima injecţie un număr foarte crescut de schizonţi în sângele pacienţilor aşa încât acţiunea radicală a injecţiunilor Atebrin-Musonat poate fi atricuită mobilizării totale a agenţilor aflaţi în organism.

Boettner: „Asuncion" (Paraguay). **Experienţe din războiu în teritoriul Chaco,** Arch. f. Schiffs — u. Tropenhyg. 1936. Vol. 40 Nr. 3, p. 123.

Se raportează despre o epidemie de malarie care a cuprins întreaga armată în proporţie de 60% a efectivului. Intrucât era vorba în primul rând de a face trupele capabile de luptă cât mai repede posibil, s'a administrat Atebrin în cea mai largă măsură şi anume în doze de 3—4 tablete pe zi, până la 7 zile. Turburările secundare ivite în cursul tratamentului cu chinină (mai ales vâjâituri şi ameţeli), n'au survenit niciodată la Atecrin. Autorul însuşi a prezintat în anul 1933 şi în 1934 câte un acces intens pe care l-a putut vindeca cu 2 tablete Atebrin timp de 7 zile fără recidive. Raportul e scris 2 ani după ultimul acces.

Bălteanu, I. Alexa şi *E. Alexa,* în colaborare cu *Rugină, Stretcu, Boeru* şi *Urzică:* **Contribuţiuni la studiul anumitor probleme de paludism propuse de Comisiunea Paludismului a Societăţii Naţiunilor.** (*a)* Gravitatea maladiei pe grupuri de vârstă; *b)* lupta împotriva paludismului prin metoda tratamentului). Arch. Roum. Path. Experim et de Microbiol. 1935. Tom. 8 Nr. 4 p. p. 491. Cercetările s'au efectuat în anul 1934. Cel mai mare număr de infecţiuni au survenit în grupurile de vârstă de 2—5 ani 41%, 6—10 ani 39% şi 11—15 ani 44,3%. In grupa următoare dela 16—20 ani cifra scade la 16,6%. In 2 grupe comparative s'au tratat accesele clinice cu chinină resp. Atebrin şi anume:

Chinină:

Terţa 0,60 gr. pe zi timp de 7 zile
Tropica 1,20 „ „ „ „ „ 7 „

Atebrin s'a administrat în

Terţa 0,15 gr. pe zi timp de 7 zile
sau 0,15 „ „ „ „ „ 5 „
sau 0,15 „ „ „ „ „ 7 „
+ 0,02 gr. Plasmochin pe zi
Tropica 0,30 gr. pe zi timp de 7 zile.

Rezultatele au fost următoarele:

Dispar:

		febra	schizonţii	gameţii	reducerea splinei	procent de recidivă
Terţa						
Atebrin	7x0,15	2,1 zile	2,1 zile	2,9 zile	60/0	20/0
Atebrin	5x0,15	2,9 „	21,1 „	2,3 „	44/0	15,4/0
Atebrin	7x0,15					
Plasmochin	7x0,02	2,7 zile	2,1 zile	2,5 zile	58%	15 %
Chinina	7x0,60	2,2 „	3,7 „		22/0	58,8/0
Tropica						
Atebrin	7x0,30	1,8 zile	2,5 zile		66/0	64,6/0
Chinină	7x1,20	2,1 „	3 „		70/0	71,4/0

Experienţele au fost continuate în timpul anului 1935, dar nu se cunosc încă rezultatele.

Baber: **„Malaria. Complicaţiuni şi tratament".** Tri State Medical Journ. 1936. Vol. 8, p. 1587.

Atebrin s'a dovedit a fi foarte propice în cazuri de malarie a femeilor gravide şi în febra hemoglobinurică, mai ales în cea din urmă. Şi bolnavii de malarie pernicioasă au primit Atebrin intravenos în doze de 3 injecţii de câte 0,20 gr. Atebrin la interval de 30 minute, apoi au continuat tratamentul per os.

Alexandrescu şi *Radvan:* **„Rezultatele noastre referitoare la studiul comparativ al eficacităţii produselor sintetice** (Atebrin Plasmochin) **şi chinina în tratamentul paludismului".** Revista Ştiinţelor Medicale Iulie 1936 Vol. XXV Nr. 7, p. 90.

Tratamentul combinat cu Atebrin-Plasmochin s'a aplicat la 40 bolnavi: 32 accese de febră terţă, 6 de tropică şi 2 de quartă. Autorii consideră Atebrina superioară chininei din următoarele consideraţiuni: Scade temperatura mai repede şi acţionează în toate cazurile, chiar în cele chinino-rezistente. Regresiunea splinei este mult mai exprimată decât în tratamentul cu chinină şi nu provoacă nici un fel de fenomene secundare.

H. Felke: Clinica dermatologică orăşenească a spitalelor din Wiesbaden: Care trebue să fie atitudivea medicului practician faţă de chimioterapia blenoragiei? Münch. Me. Wschr Nr. 47, p. 1867.

Deoarece Ulironul nu are un efect profilactic, el nu poate fi întrebuinţat în tratamentul preventiv şi nici nu se poate suprima în faşă o infecţie incipientă, cu toate că în unele cazuri s'a putut obţine o vindecare în timp de câteva zile la unele infecţiuni cu totul proaspete. Blenoragia veche la bărbaţi — în stadiul subacut — se vindecă de obicei în câteva zile; Se dă timp de 7 zile (6 până la 8 tablete), după greutatea corporală, de preferinţă câte 3×2 tablete după mese. In blenoragia proaspătă, cu evoluţie subacută dela început, există uneori perspectiva unei vindecări la fel de rapide, dar la majoritatea blenoragiilor proaspete la bărbat şi la femee se pot evidenţia gonococi, deşi secreţiunea încetează aproape complet. Deaceea Felke recomandă în orice împrejurare administrarea Ulironului abia după un tratament local de 3 săptămâni a blenoragiei proaspete. In cel târziu 4 zile de tratament exclusiv cu Uliron gonococii vor trebui să dispară iar urina va fi clară. Dacă acest lucru nu se întâmplă, nu se poate obţine un rezultat prin continuarea curei, decât în cazuri foarte rare. Este recomandabil a se relua în asemenea cazuri tratamentul local, iar după o săptămână se încearcă din nou cu Uliron. In clinică Felke recomandă în genere combinaţiunea cu lavaje Janet, ca fiind metoda cea mai potrivită. Blenoragiile acute se prepară cu câteva zile Uliron (nu mai mult de 4 zile). Numai dacă se va obţine un succes net inclusiv lipsă de gonococi, se va da mai departe Uliron, în cazul unei infecţiuni noui. Sunt motive de a presupune că dozele prea mici pot provoce specii fixe de gonococi. Faţă de infecţia proaspătă a femeii medicul trebue să fie la fel de rezervat. Se va face conform cu situaţia, tratament local, apoi, mai târziu, în caz de nevoe, Uliron. Şi într'un asemenea caz, care impune rezervă, Ulironul poate să scurteze durata medie a boalei. In schimb orice complicaţiune, ca de ex epididimita, artrita, prostatita acută, va fi tratată imediat cu Uliron. In anexita femeii Ulironul constitue în orice caz un adjuvant, dar se recomandă neapărat şi tratament clinic. Orice blenoragie feminină mai veche, cu sau fără praticiparea anexelor, trebue să fie supusă îndată unui puseu cu Uliron. Blenoragiile la copii se vor trata pe cât posibil în clinică, pe cale chimioterapeutică eventual după o pregătire cu hormon folicular.

O hipersensibilitate veritabilă, care se poate ivi la orice medicament, impune întreruperea imediată a tratamentului cu Uliron. Exanteme, care pot fi scarlatiniforme, morbiliforme, sau pot avea o asemănare cu eczema locală, şi care se ivesc abea după a 10-a zi (ceeace face să se recomande puseuri de 7 zile) dispar repede, după suspendarea medicamentului. Alte fenomene secundare sunt: uşoare dureri de cap, oboseală, uşoară cianoză a buzelor (prin methemoglocină), edemul prepuţiului.

Deasemenea este indicat un puseu cu Uliron în uretritele nespecifice, mai ales în forma abacteriană. In total autorul a tratat cu dozele indicate, 150 de blenoragici în timp de 5 luni.

Berberi indigen de *Dr. Bröder* şi *Doc. Dr. Engel.* Dela clinica neurologică (Director Prof. Dr. H. Pette) şi dela clinica I. medicală (Director Prof. H. H. Berg) ale

universității Hansa din Hamburg. Münchener med. Wochenschrift 1938 Nr. 3, pag. 88

Se comunică un caz tipic de beriberi survenit la o fetiță de 14 ani din cauza unui trai absurd. Pentru a slăbi, a limitat mai întâiu numărul prânzurilor și a băut apă cu oțet, mai târziu, n'a mai mâncat nimic toată ziua; toate acestea continuând să muncească fizic din greu. Seara lua o masă compusă în cea mai mare parte din hidrați de cărbune. Consumul de zahăr era de 2½—3 kgr. și chiar mai mult, pe săptămână. Din cauza subnutriției și a consumului prea mare de hidrați de cărbune, au apărut după câteva luni semne tipice de carență în vitamină B_1, ca inapetență, constipație, leziuni miocardice, anemie, oedeme ale glesnelor, o tumefiere dură-elastică a pulpelor, pareza picioarelor tipică de beriberi, areflexie, mers spastic-paretic, turburări de sensibilitate, etc. Tratamentul cu vitamină B_1 a fost aplicat în mare parte sub formă de *Betabion* Merck (zilnic o injecțiune de Betabion „forte" și de 3 ori pe zi câte 2 tablete Betabion). Tumefierea picioarelor a dispărut imediat iar manifestările polinevritice s'au ameliorat în decurs de câteva săptămâni.

Calculi renali și metabolismul vitaminelor de *Docent Dr. H. I. Lauber* (dela clinica chirurgicală universitară din Marburg a. d. Lahn. Director: Prof. Dr. R. Klapp). Medizinische Klinik 1937 Nr. 52, pag. 1729

Pe baza cercetărilor proprii cât și din comunicările diferiților cercetători, carențele în vitamină A și C pot fi considerate ca momente etiologice pentru formarea calculilor renali. Chiar dacă este nevoe încă de cercetări amănunțite, dacă calculi deja existenți pot fi suprimați prin administrarea de vitamină A (Vogan) cunoașterea raporturilor între metabolismul vitaminelor și formarea calculilor renali merită să fie avută în vedere în terapeutică. Pare avantajos să se administreze suficiente vitamine după operațiunile de calculi renali, pentru a diminua tendința la infecțiuni și pentru a regula modificările epiteliale înlesnind astfel probabil suprimarea diferitelor predispoziții la formarea de calculi.

Cauze probabile ale creșterii frecvenței rahitismului în ultimii ani. De *Dr. D. Rominger* (dela clinica universitară infantilă din Kiel. Director: Prof. Dr. E. Rominger). Medizinische Klinik 1938 Nr. 1, pag. 1.

O nouă cauză a producerii rahitismului nu s'a putut găsi. O importanță deosebită pentru creșterea frecvenții rahitismului, cu toate antirahiticele noastre cu acțiune sigură, este atribuită dozării insuficiente a acestora. La întrebuințarea unturii de pește se preferă de multe ori emulsiunile cu gust plăcut, fără a avea în vedere că trebue administrată în doze simțitor mai mari decât untura de pește nediluată. Teama de supradozarea Vigantolului, care nu mai este îndreptățită față de puritatea actuală a preparatului, face ca să se dea de multe ori doze prea mici, cure prea scurte sau administrarea neregulată. Autorul atrage atențiunea asupra faptului că Vigantolul nu trebue administrat în mod sistematic, ci să se conducă dozarea după vârsta, termenul nașterii, anotimp și dispoziția copilului: deasemenea să se aibă în vedere dacă este administrat în scop profilactic sau terapeutic. Deasemenea este important, în cazul că survine vreo infecțiune să se mărească doza copilului la dublul sau la triplul celei anterioare.

Autorul se conduce în general după prescripțiile de dozare ale lui Hugo Meyer.

Despre efectul profilaxiei antirahitice asupra desvoltării dinților. De *Prof. Dr. Gustav Korkhaus*, Bonn și *Dr. Iosef Kremer*, Aachen. (Dela clinica și policlinica afecțiunilor stamato-dentare-maxilare a universității din Bonn. Director: Prof. Dr. Proell). Deutsche Zahn-Mund-und Kieferheilkunde 1937. Vol. 4, Fascicolul 7, p. 445.

Autorii au cercetat în școlile primare din Bonn copii din primul an de școală,

a căror naştere şi primă perioadă de supt coincideau cu perioada în care s'a instituit profilaxia sistematică cu Digantol în leagănele de sugari din Bonn. S'au cercetat detenţiunea, carii, hipoplazii, anomalii ale danturii. Rezultatele obţinute au fost comparate cu date din anii precedenţi dela copii netrataţi profilactic. S'a observat că la copiii din anii în cari s'a făcut tratamentul profilactic cu Vigantol, a existat o diminuare a tuturor afecţiunilor ortodontice, la origina cărora este de mare importanţă un factor rahitic. Autorii sunt de părere că există o strânsă legătură între ameliorarea stării danturii şi profilaxia cu Vigantol. Dânşii consideră profilaxia rahitismului ca un factor important pentru sănătatea danturii.

Caracteristica epidemiei de gripă 1937 din Graz. De *Dr. H. Schnetz.* (Dela clinica medicală universitară din Graz). (Director: Prof. W. Berger). Medizinische Klinik 1937 Nr. 51, pag. 1696 şi Nr. 52, pag. 1735.

Pe baza a 282 cazuri de gripă observate, autorul referă despre tabloul epidemiei de gripă din 1937. Din punctul de vedere epidemiologic şi clinic nu a găsit nimic important de menţionat faţă de epidemiile anterioare. Cea mai mare predispoziţie la boală au arătat-o oamenii din straturile sociale de jos, a căror putere de apărare faţă de infecţiuni a dispărut aproape din cauza diferiţilor factori defavorabili (răceală, subnutriţie, hipovitaminoză C).

Tratamentul s'a făcut la început ca şi în anii trecuţi, cu diferite preparate de chinină (chinină-urethan, chinină-calcium etc.). Neînsemnatul efect terapeutic obţinut a îndemnat curând pe autor să completeze preparatele de chinină cu vitamină C. (Cebion şi altele).

Şapte cazuri de pneumonie gripală şi 20 traheobronşite au fost tratate pe lângă analeptice circulatorii, numai cu vitamină C (300—600—900 mg. intramuscular pe zi) iar trei cazuri de pneumonie gripală au fost tratate cu vitamină C şi Chinin-calcium. Printr'un tratament precoce (vitaminizare precoce) în prima şi a doua zi de tratament se pare că s'a putut obţine o cupare a traheobronşitelor acute cu febră mare şi a pneumoniilor incipiente. Tratamentul tardiv, aplicat abia în a doua, a treia, a patra sau a cincia zi de boală nu a dat decât un rezultat parţial şi anume: o scurtare a perioadei febrile şi o uşurare a turburărilor morbide. Pe lângă ameliorarea simptomelor morbide generale a fost influenţată în mod favorabil modificările vasculare toxice cari de multe ori sunt pe primul plan, micşorându-se deasemenea pericolul oedemului pulmonar şi al altor complicaţiuni. Demnă de menţionat este acţiunea cât se poate de favorabilă a vitaminei C pentru înlăturarea adinamiei.

Despre tratamentul suplimentar al artropatiilor cronice cu vitamine. De *Prof. Dr. Edmund Malina*, Baden C. Wien. Wiener medizinische Wochenschrift 1937, Nr. 39 pag. 996.

Analiza exactă a tabloului morbid al artropatiilor cronice a înlesnit autorului să găsească trei grupe cari reclamă un tratament complimentar cu vitamină B_1, C sau D. Prima grupă se caracterizează printr'o intensă durere de periostală la presiune şi printr'o decalcificare impresionantă a oaselor după cum o prezintă formele uşoare de spondilartrită şi în special artrita articulaţiei sacroiliace. Cantităţi mici de Digantol sunt administrate cu succes frumos în aceste cazuri.

A doua grupă cuprinde forme juvenile de artrite infecţioase tipice cu temperaturi subfebrile durabile. Aproape în toate cazurile se poate constata un deficit de vitamină C în urină. Pe lângă tratamentul uzual, se recomandă administrarea de vitamină C (de ex. sub formă de Cebion *Merck*). Critica efectului terapeutic este dificilă. Impresia clinică pledează însă în mod neîndoelnic pentru o influenţare în bine a evoluţiei maladiei (scăderea temperaturii, etc.).

In a treia grupă se încadrează cazurile în cari apar simptome articulare şi nevrite. După 12—20 injecţiuni de vitamină B_1 s'a putut observa un efect net chiar în cazurile tratate în zadar până la această dată. Intre 15 cazuri au fost numai 2 eşecuri.

Autorul atrage atenţiunea asupra faptului că tratamentul complimentar cu vitamine este foarte eficace dar numai în limita indicaţiunilor de mai sus.

Migrenă şi insuficienţă paratiroidiană. De *H. Hoesch.* (Dela clinica academiei de medicină din Düsseldorf, Prof. Edens). Zentralblatt für Innere Medizin 1937, Nr. 49, S. 945.

O formă a migrenei veritabile poate fi considerată ca o turburare în funcţiunea glandei paratiroide. Dacă printr'o examinare atentă şi o anammeză exactă a unui pacient cu migrenă se găsesc turburări de insuficienţă paratiroidiană, este indicat tratamentul cu A. T. 10. Autorul a administrat A. T. 10 în toate cazurile când a constatat turburări tetanice sau când în timpul acceselor a constatat o hipocalcimie. Accesele de migrenă dispăreau rapid la bolnavii corespunzători cu un tratament cu A. T. 10. După suprimarea acestui medicament, accesele apăreau aproape imediat la o bolnavă. Succesele tratamentului aduc o ultimă dovadă că în aceste cazuri este vorba de o insuficienţă paratiroidiană. In general este suficientă o doză zilnică de 1 cmc. A. T. 10 pentru normalizarea calcemiei. Inainte de menstruaţie, surmenaj corporal, etc. doza de A. T. 10 trebue să fie mărită (la 3—4 cmc.).

Dr. I. M.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

A) Conferinţe.

In cadrele Şcolii superioare ţărăneşti de fete din Orlat a ţinut un ciclu de 4 conferinţe Dl Dr. I. Cosma, *medic primar judeţean. Şcoala a funcţionat sub egida despărţământului Sibiu al Astrei, cu ajutorul efectiv al Ministerului Sănătăţii.*

In cadrul şedinţei plenare a Colegiului Asociaţiei Medicilor din Sibiu ţinută la 13 Aprilie 1938, *a ţinut o conferinţă* Dl Dr. Gh. Preda, *medic primar director superior şi Inspector general sanitar, vorbind despre* Psihiatria socială. *In aceiaşi şedinţă* D.-ra Dr. Sumea, *în numele D-sale şi a D-lui Dr. Preda prezintă o bolnavă cu* Paralizie pseudo-bulbară de origine luetică; Dl Dr. Matinca *prezintă în cadrele unei conferinţe, noul aparat de narcoză cu protoxid de azot şi* Dl medic Maior Dr. Ursu *face o comunicare asupra* diabetului insipid *în legătură cu un caz vindecat şi prezintă un caz de* artrită reumatică *vindecat cu injecţii cu prontosil.*

B) Activitate medico-socială.

Echipa compusă din Domnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. Ştefan Popescu şi D-şoara M. Manta *a continuat acţiunea de depistare a tuberculozei din mediul rural, executând în masă examinări radiologice cu aparatul transportabil pus la dispoziţie de către Liga Naţională în contra tuberculozei.*

In zilele de 28, 30 şi 31 Martie 1938, s'a examinat populaţia comunei Porumbacul de jos din judeţul Făgăraş, executându-se în total 689 radioscopii;

In zilele de 13, 15 şi 16 Aprilie 1938, s'a examinat populaţia comunei Săcel din jud. Sibiu, făcându-se 443 de radioscopii;

In zilele de 16, 17, 18, şi 19 Martie 1938 s'a examinat populaţia comunei Veştem din judeţul Sibiu făcându-se 709 radioscopii.

S'au executat deci în lunile Martie şi Aprilie 1938, în 10 zile de deplasare făcute în 3 comune rurale, în total 1841 de radioscopii, dintre cari 638 radioscopii la copii şcolari şi 1203 radioscopii la adulţi.

C) Activitate administrativă.

In şedinţa plenară a Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din 13 Aprilie 1938, s'a discutat problema revizuiri diplomelor din străinătate. In aceiaşi şedinţă s'a pus în discuţia medicilor programul Congresului Asociaţiei Generale a Medicilor din Bucureşti, şi a proiectatelor Congrese provinciale.

† Profesor Dr. Gh. Marinescu

de **Dr. Liviu Ionașiu.**

Avem din nou un doliu național; un doliu al medicinei românești și un doliu al neurologiei universale.

In noaptea de 14 spre 15 Mai ne-a părăsit pentru totdeauna marele savant, întemeietorul științei neurologice române și ilustrul profesor și academician care a fost Dr. Gh. Marinescu.

El a fost omul muncii și al datoriei. Până în ultima zi a vieții sale a muncit fără încetare în clinica și laboratorul său. Moartea i-a fost senină, având conștiința împăcată că o viață întreagă și-a făcut pe deplin datoria.

Așa cum i-a plăcut să lucreze toată viața: liniștit și fără sgomot, dând la lumină marile sale descoperiri, așa i-a fost și plecarea din mijlocul celor vii; liniștită, tăcută fără a deranja măcar pe cei mai aproape de dânsul. Somnul și l-a prelungit ca să intre în eternitate.

Profesor Gh. Marinescu a fost un om cu o putere de muncă excepțională. Deși etatea, multele descoperiri, ca și cele peste 2000 de lucrări eșite de sub tipar mulțumită muncii sale devotate, i-ar fi dat dreptul la odihna bine meritată, obicinuit cu munca el nu poate rămâne inactiv și de aceea îl vedem până la adânci bătrânețe între bolnavi la clinică, în laborator, la microscop, la congrese științifice în totdeauna în primele rânduri ca raportor și apoi cutrierând țări și orașe ca propovăduitor al științei prin conferințe publice. Prin toate acestea confirmă cu prisosință ceea ce îi plăcea să spună glumind „Eu nu sunt bătrân, sunt numai înaintat în vârstă".

Lucrările profesorului Marinescu despre celula nervoasă, acromegalie, epilepsie, despre bătrânețe, despre encefalogramă etc., etc. sunt nu numai o față a științei românești ci o mare contribuție la medicina universală.

Numele lui îl găsim citat în toate tratatele de medicină străină și mai cu seamă în materie de neurologie el și-a câștigat un loc de frunte printre savanții lumei.

Lucrările sale şi conferinţele ţinute în atâtea oraşe ale diferitelor continente, au fost o mândrie a ţării româneşti şi au contribuit atât de mult ca străinătatea să ne cunoască.

Dar profesorul Marinescu a căutat să formeze o adevărată şcoală a neurologiei româneşti. Vedem alături de dânsul atâţi elevi şi colaboratori ajunşi eminenţi profesori universitari, alţii binecunoscuţi în literatura medicală universală; toţi formaţi şi călăuziţi de marele maestru al neurologiei noastre.

Ştim însă că profesorul Marinescu a avut şi decepţii şi amărăciuni în viaţă din cauza acelora care nu l-au înţeles. Adeseori l-am auzit plângându-se cum datorită faptului că şi-a dedicat toată viaţa şi toată puterea de muncă numai ştiinţei, iar de viaţa politică s'a ţinut departe, n'a putut fi înţeles de puternicii zilei şi n'a fost nici sprijinit nici ajutat în munca sa. Abea în ultimii ani a lungei şi laborioasei sale vieţi a putut obţine o clinică de neurologie modernă şi bine înzestrată. Toate lucrările sale de o importanţă capitală în ştiinţa medicală au fost elaborate într'un mic şi modest laborator la marginea Bucureştiului. Marele savant n'a descurajat. A muncit zi şi noapte şi numele său va rămâne nemuritor în faţa tuturor generaţiilor şi a tuturor popoarelor.

Dacă n'a avut norocul de a fi înţeles de conducătorii vremelnici ai puterii, a avut fericirea de a i se recunoaşte încă în viaţă, toate meritele şi marea sa contribuţie adusă ştiinţei medicale. De aceea îl vedem doctor honoris causa la mai multe universităţi, preşedinte de onoare sau activ, aproape al tuturor congreselor internaţionale de neurologie ţinute în ultimul timp, membru al Academiei române şi a celor mai multe academii de medicină şi posesor al atâtor decoraţii româneşti şi străine.

Viaţa şi titanica muncă a marelui dispărut va fi o pildă vie a tineretului nostru.

Ne închinăm cu resemnare în faţa destinului, dar deplângem cu durerea despărţirei pe deschizătorul de drumuri noui, pe îndrumătorul şi maestrul medicinei române, care a fost marele neurolog Dr. Gheorghe Marinescu.

Note şi informaţiuni.

Congresul anual al Asociaţiei generale a medicilor din România, ce urma să se ţină în Bucureşti în zilele de 21 şi 22 Mai, s'a amânat pentru o dată viitoare.

Conferinţa Inspectorilor generali sanitari. *In ziua de 16 Mai 1938 s'a ţinut la Ministerul Sănătăţii o conferinţă a Inspectorilor generali sanitari prezidată de dl Ministru al Sănătăţii* General Dr. N. Marinescu, *asistat de dl* Prof. Dr. Combiescu, *Secretar general al Ministerului Sănătăţii şi D-na* Dr. Medea Niculescu, *consilier tehnic la Minister.*

Dl Ministru Dr. Marinescu *a făcut o largă expunere asupra programului de activitate al Ministerului, insistând în mod deosebit asupra intensificării activităţii medicale în domeniul igienei, a medicinei preventive şi salubrităţii publice. D-sa a arătat punctele de vedere ale Ministerului în toate problemele sanitare şi a dat instrucţiuni de felul cum trebue organizat serviciul.*

Expunerea Dlui Ministru Dr. Marinescu a fost completată prin expozeul Dlui Prof. Dr. Zotta, *asupra măsurilor de combatere a malariei şi instrucţiunile D-nei Dr. Medea Niculescu privitoare la protecţia mamei şi a copilului.*

Conferinţa medicilor primari de judeţe şi medici şefi de municipii. *Din ordinul Dlui Ministru* General Dr. N. Marinescu *s'a ţinut în ziua de 23 Mai 1938, la reşedinţele tuturor Inspectoratelor generale sanitare din ţară, conferinţe cu medicii primari de judeţe şi medicii şefi de municipii. La Sibiu aceasta conferinţă la care au participat toţi medicii interesaţi, s'a deschis la ora 9 dimineaţa sub preşedinţia Dlui Inspector general sanitar Dr. I. Stoichiţia.*

Dl Inspector general sanitar Dr. I. Stoichiţia, *face o largă expunere asupra problemelor discutate în conferinţa inspectorilor generali sanitari din 23 Mai 1938 şi împărtăşeşte punctele de vedere ale Ministerului în toate problemele sanitare la ordinea zilei.*

In domeniul igienii şi salubrităţii publice, *se va acorda o deosebită atenţiune construirii de* băi populare cu mici dispensare *făcându-se apel în acest scop la autorităţile locale şi la oamenii cu dare de mână, Ministerul subvenţionând şi ajutând iniţiativele locale.*

Se va lua iniţiativa construirii de fântâni publice *pornind dela cerinţa ca pentru fiecare comună să funcţioneze cel puţin câte o fântână igienică cu pompă şi complet separată de aceia destinată alimentării cu apă a animalelor. Se va exercita un control riguros şi ştiinţific al apei potabile din staţiunile balneare. Se va acorda o deosebită atenţiune* caselor ţărăneşti *crezându-se pentru fiecare regiune tipul igienic cel mai corespunzător. La fel se*

vor depune stăruinţe pentru secarea bălţilor şi smârcurilor; *pentru* îndreptarea drumurilor şi desfundarea şanţurilor, *precum şi pentru construirea de* closete rurale, *corespunzătoare cu deosebire la clădirile şcolare.*

Se vor da instrucţiuni detailate privitoare la tratamentul raţional şi modern al malariei. *Se vor crea noui* preventorii *pentru copiii predispuşi la* tuberculoză, *precum şi noui posibilităţi de izolare a tuberculoşilor prin transformarea actualelor spitale mixte fără rentabilitate în spitale de izolare a bolnavilor cu tuberculoză deschisă.*

Se va intensifica depistarea şi tratamentul cazurilor de sifilis; *se vor izola bolnavii în stare de infecţiozitate şi se va reglementa mai sever prostituţia.*

Se vor depista toate cazurile existente de pelagră *şi se vor face studii serioase asupra alimentaţiei ţăranilor. Ministerul va construi la Piteşti un spital mare pentru tratamentul pelagroşilor.*

In domeniul protecţiei mamei şi copilului *se va continua cu sistemul consultaţiilor speciale de puericultură; se vor crea mici* maternităţi rurale, *câte una de fiecare circumscripţie sanitară şi se va spori numărul moaşelor rurale prin înfiinţarea de noui* şcoli elementare de moaşe. *In cuprinsul Inspectoratului general sanitar Sibiu, se vor înfiinţa 2 şcoli elementare de moaşe la Sighişoara şi Braşov.*

In domeniul combaterii bolilor contagioase *se va insista asupra precizării diagnosticului prin analize de Laborator şi asupra izolării bolnavilor în infirmerii provizorii sau în spitale de contagioşi. Se va acorda o deosebită atenţiune* tifosului exantematic şi scarlatinei *care vor fi combătute cu toate mijloacele moderne.*

Pentru regiunea moţilor *s'au creat 12 circumscripţii sanitare rurale noui şi se vor completa spitalele dela Abrud şi Aiud, construindu-se în acelaş timp dispensare noui în această regiune.*

Ministerul va organiza echipe mobile *pentru intensificarea tratamentului bolilor sociale şi va pune în funcţiune* trenuri de baie *pentru desinfecţia şi deparazitarea locuitorilor. Se vor întocmi în acelaş timp* monografii sanitare *pentru înregistrarea tuturor fenomenelor sanitare, sociale şi demografice din comună.*

In afară de aceasta, conferinţa s'a mai ocupat şi de următoarele probleme:

Simplificarea şi unificarea cancelariei medicului de circumscripţie *sanitară rurală;* reglementarea chestiunei onorariilor şi taxelor cuvenite medicilor sanitari; administrarea fondurilor sanitare locale; întocmirea şi înaintarea rapoartelor ştiinţifice şi de activitate; notele calificative ale personalului sanitar; măsurile sanitare pentru ziua de 8 Iunie, *precum şi de o serie întreagă de alte probleme care interesează bunul mers al serviciului sanitar.*

Vizite ministeriale. *Dl Ministru al Sănătăţii* General Dr. N. Marinescu, *a inspectat în ziua de* 30 Aprilie 1938, *aşezământul de ocrotire din Castelul „Turnu Roşu" şi Spitalul Public din Sibiu, iar în ziua de 1 Mai a. c. Spitalul din Abrud; Spitalul din Aiud; Sanatorul Tbc. Aiud şi Spitalul din Alba-Iulia.*

In ziua de 22 Mai a. c. dl Ministru al Sănătăţii a inspectat Spitalul din Odorhei, Gheorgheni şi Braşov.

Societatea internaţională de chirurgie. *Societatea germană de chirurgie, din care fac parte majoritatea membrilor austriaci ai Societăţii Internaţionale de Chirurgie, se ocupă încă de pe acum, în mod activ, în deplin acord cu Comitetul Vienez, de a asigura reuşita Congresului Societăţii, care se va ţine la Viena dela 19—22 Septemvrie 1938.*

Şedinţele se vor ţine în „Conzerthaus" care dispune de localuri extrem de spaţioase şi unde va fi instalat un serviciu de Radio-telefonie, care va permite fiecărui dintre auditori, de a asculta diferiţi oratori în limba ce-i convine.

Toate măsurile vor fi luate pentru a asigura perfecta ţinută ştiinţifică a Congresului, unde vor fi discutate rapoartele asupra următoarelor chestiuni:

Tratamentul chirurgical al hypertensiunei; grefele osoase; tratamentul chirurgical al kistelor şi tumorilor plămânului.

Aproape 200 de oratori sunt deja înscrişi la discuţiuni, care promit să fie din cele mai fructuoase.

Cu ocazia acestui Congres, Mesageriile Maritime, organizează o croasieră care plecând dela Marseille la 4 Septemvrie, va da ocazie chirurgilor de a asista la şedinţe operatorii la Naples, Atena, Istambul, Odesa, Bucureşti, Budapesta.

Sosirea la Budapesta este prevăzută pentru 16 Septemvrie, mulţi chirurgi, cari nu doresc a face marele circuit, vor întâlni participanţii, la croasieră. Sosirea la Viena va avea loc la 18 Septemvrie orele 17[25].

In aceeaşi seară, pentru a se cunoaşte chirurgii vienezi, vor organiza o serată la „Kursalon Stadtpark".

Pentru toate lămuririle a se adresa delegatului României, dlui Profesor C. Daniel, 30, str. N. Filipescu, Bucureşti.

Cursuri de malariologie la Roma. *Şi în vara viitoare între 18 Iulie şi 17 Septemvrie, va avea loc pe lângă Institutul de Malariologie din Roma, un curs special pentru medici străini.*

Programul cuprinde lecţii, demonstraţii şi exerciţii practice precum şi numeroase excursii în zonele importante pentru realizările obţinute în lupta contra malariei. Cursurile vor fi ţinute în limba franceză sub direcţia pro-

fesorului Giuseppe Bastianelli, directorul Institutului de Malariologie „Ettore Marchiafaloa".

Inscrişilor la cursuri li se vor acorda speciale reduceri pe căile ferate şi de întreţinere.

Pentru informaţii şi orice lămuriri mai detailate asupra programului cursurilor, a se adresa Institutului de Cultură italiană (Calea Victoriei, 196), tel. 3.36.01, în fiecare zi, între orele 11—13 şi 16—20.

Burse de studii la Institutul „Carlo Forlanini" din Roma. *Uniunea internaţională contra tuberculozei reaminteşte guvernelor şi societăţilor naţionale, membre ale Uniunei, că Federaţia Italiană fascistă a luptei contra tuberculozei, pune la dispoziţiunea Uniunei internaţionale contra tuberculozei şase burse de studii la Institutul „Carlo Forlanini" din Roma.*

Condiţiunile oferite sunt următoarele:

Bursele puse la concurs, de o valoare de 2.000 lire fiecare, plus hrana şi locuinţa, pentru a facilita stagiul medicilor străini. Acest stagiu va avea loc în cursul unui an universitar (dela 15 Noemvrie la 15 Iulie) adică opt luni, întrerupte, de vacanţele legale.

Bursierii vor locui în mod obligatoriu în institut.

Bursele vor fi atribuite de preferinţă la medici tineri deja familiarizaţi cu problemele tuberculozei şi dorind a se specializa în acest domeniu.

Felul lucrului urmat în Institut va fi determinat în acord cu Directorul institutului.

Prioritatea publicării acestor lucrări este rezervat Buletinului Uniunei internaţionale contra tuberculozei.

Atribuirea acestor burse va avea loc în viitoarea sesiune a Comitetului executiv care se va întruni la 11 Iulie 1938.

Numele candidaţilor, însoţit de informaţiuni asupra vârstei lor, asupra titlurilor, etc., experienţa lor profesională, trebue să parvină secretariatului Uniunei Internaţionale contra tuberculozei, 66 Boulevard Saint-Michel, Paris (VI-ème), înainte de 1 Iulie 1938.

Nici un act de candidatură nu va fi luat în consideraţiune dacă nu este transmis Comitetului de un Guvern sau o Asociaţiune, membră a Uniunei internaţionale contra tuberculozei.

Concesiuni vacante de farmacii urbane. *In conformitate cu art. 375 din lege, se declară vacante următoarele concesiuni de farmacii urbane:*

Oraşul Bolgrad: circumscripţia sectorului de Nord, al oraşului delimitat, pe str. Dimitrie Cantemir.

Oraşul Chilia-Nouă: Circumscripţia sectorului de Sud-Est, al oraşului delimitat de străzile: Oituz, Cetatea şi Portului.

Orașul Chilia-Nouă: sectorul orașului la Nord-Vest de Str. Soborului.

Orașul Chișinău: circumscripția partea de jos a orașului, cuprinsă între str. Haralambie, dela str. G. Coșbuc până la str. Petru Rareș, str. Petru Rareș până la Râul Bâc, râul Bâc dela str. Petru Rareș până la str. Bucovinei, str. Bucovinei dela Râul Bâc până la str. V. Costache, str. Brăilei dela str. V. Costache până la str. Răşcanu, str. Răşcanu dela str. Brăilei până la str. Cahul, str. Cahul dela str. Răşcanu până la str. Coşbuc şi str. Coşbuc dela str. Cahul până în str. Sf. Haralambie.

Orașul Comrat: circumscripția str. Carmen Sylva, strada care taie orașul și Vadul Comercial.

Orașul Constanța; circumscripția Cartierul Tăbăcari, având ca limite Marea, str. Frumoasă, Valea Albă până în str. Maramureș, str. Maramureș până la lacul Tăbăcari.

Orașul Hotin: circumscripția dela str. Ștefan cel Mare colț cu str. Mârzescu în sus, până la piața Nr. 1 cu străzile Dr. Colpaci și Piața de Lemne, iar în jos până la regiunea Nistrului.

Orașul Leova: circumscripția partea de Vest a orașului, delimitată prin str. Voevodul Mihai, în prelungire cu str. Ion Vodă și Regele Ferdinand.

Orașul Moinești: circumscripția urmează să se publice ulterior.

Orașul Ocnele Mari: circumscripția cuprinde tot orașul.

Orașul Orhei: circumscripția pe str. Bulevardului Unirii, având toată partea de răsărit a orașului dela str. I. C. Brătianu, G.-ral Berthelot, Unirii, Ivanov și str. Pleșei.

Orașul Pașcani: circumscripția urmează să se publice ulterior.

Orașul Pucioasa: circumscripția devine vacantă în August 1938 și cartierul se va publica ulterior.

Orașul Reni: circumscripția Sectorul de Sus, Sud-Est al orașului, delimitat de str. Iuliu Maniu.

Orașul Silistra: cu circumscripția Cartierul Român.

Orașul Tighina: circumscripția începând din Cetatea-Albă, inclusiv și suburbiile Bâlca, Caucaz, Plevnei și Gâsca.

Orașul Turtucaia: circumscripția Cartierul Românesc spre Port.

Orașul Vâlcov: circumscripția Sectorul de Sud-Sud-Est, delimitat de str. Regele Ferdinand I și Tudor Vladimirescu.

Orașul Vășcăuți: circumscripția urmează să se publice ulterior.

Concesiuni vacante la farmacii rurale. *Se declară vacante următoarele concesiuni de farmacii rurale:*

Județul Covurlui, com. Șivița-Băleni.

„ Muscel, com. Leordeni.

„ Satul-Mare, com. Ardud.

Județul Severin, com. Bata.

„ Timiș-Torontal, com. Pesac.

Prin prezenta se anulează concesiunea declarată vacantă pentru o farmacie în com. Birchiș, jud. Severin.

Mișcare în corpul medical. *Prin decretul regal Nr. 1.407 din 1938, se face următoarea mișcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispozițiunile legii sanitare și de ocrotire și în baza avizului dat de Comisia administrativă ce funcționează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal cu Nr. 4 din ședința dela 29 Martie 1938 și anume:*

Dl Dr. Alexiu Gheorghe, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în mostul de medic al secției de tuberculoză dela Dispensarul Apahida din jud. Cluj, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Dl Dr. Glorie Ionescu, actual medic primar definitiv al Sanatorului Erbiceni din jud. Iași, se transferă în aceeași calitate în postul de medic în specialitatea „tuberculoză" la Ambulatorul policlinic Bolintin, din jud. Ilfov, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

D-na Dr. Teofila Ioanidi-Roman, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic primar al secției de boli de copii dela Spitalul din Tg.-Jiu, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

D-șoara Dr. Tullea Sultana, actual medic definitiv al Circ. Limanul (I. G. Duca) din jud. Constanța și dl Dr. Gândescu Ștefan, medic definitiv al circ. Topraisar din același județ, se transferă în aceeași calitate, unul în locul celuilalt, prin consimțământ, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Dl Dr. Marin Ionescu Bujor, medic secundar prin concurs la Spitalul de Stat din Diciosânmărtin, se transferă, după cerere, în postul de medic secundar la Spitalul de Stat din Odorhei, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Dl Dr. Octavian Oprean, medic definitiv al circ. Doștat din jud. Sibiu, se transferă în aceeași calitate în postul de medic igienist de plasă în jud. Sibiu, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Dl Dr. Hristodor C. Vlasie, medic definitiv al circ. Stănilești din jud. Fălciu, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al orașului Sulina, pe ziua de 15 Aprilie 1938.

Dl Dr. Vasile Moșoiu, medic secundar prin concurs la Spitalul ortopedic din Cluj, se transferă după cerere în postul de medic secundar la secția de ginecologie și obstetrică dela Spitalul „Gh. Mârzescu" din Brașov, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Dl Dr. Nicolae Nistor, medic secundar prin concurs la Spitalul din Odorhei, se transferă, după cerere, în postul de medic secundar la secția de obstetrică și ginecologie dela Spitalul din Satu-Mare, în locul d-nei Dr. Elena

Benea Neguș, pusă în retragere din oficiu pentru a-și aranja drepturile la pensie pentru caz de boală, pe ziua de 1 Aprilie 1938.

Se revine asupra transferării dlui Dr. G. E. Solcănescu în postul de medic definitiv al orașului Sulina, d-sa urmând să funcționeze în postul de medic definitiv al circ. Pojorâta din jud. Câmpulung, al cărui titular este.

Se revine asupra transferării dlui Dr. Ștefan Palaghița în postul de medic stagiar al circ. Mahmudia din jud. Tulcea, d-sa urmând să funcționeze în această localitate la circ. Ibănești din jud. Dorohoi.

Dl Dr. Eugen V. Corneleac se numește, pe baza concursului ce a depus, pe termen de 4 ani, în postul de medic secundar la secția de chirurgie dela Spitalul Piatra Neamț, pe ziua de 15 Aprilie 1938.

Medicii stagiari, pe bază de examen de capacitate, mai jos menționați, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitivi în posturile ce ocupă după cum urmează:

D-na Dr. Galina Dânga la circ. Tețcani, jud. Hotin.

Dl Dr. Valeriu Draganciu la circ. Stălinești jud. Hotin.

Dl Dr. Gh. Popescu-Craiova la circ. Tuzla, jud. Constanța.

Dl Dr. Mihail Axentie la circ. Siliștea jud. Constanța.

Dl Dr. Păun Andrei la circ. Ciovârnășani, jud. Mehedinți.

Dl Dr. Ștefan M. Cârciumărescu la circ. Băile Govora-Vâlcea.

Dl Dr. Constantin Săndulescu la circ. „Regele Carol al II-lea". jud. Vâlcea.

Dl Dr. Gh. Pârlog la circ. Oteșani, jud. Vâlcea.

Dl Dr. Gheorghe Deșliu la circ. Brezoiu, jud. Vâlcea.

Dl Dr. Mihai Murgu la circ. urbană Botoșani.

Dl Dr. Mihail Alexandru la circ. Plopana, jud. Tutova.

Dl Dr. Ion Stretcu la dispensarul Prisăcani din plasa Tomești, jud. Iași.

Dl Dr. Lucrețiu Constantinescu la circ. Dorobanțu, jud. Teleorman.

Dl Dr. I. H. Gancevici la circ. Largu, jud. Buzău.

Dl Dr. Iosif Cobilanschi la circ. Greaca jud. Ilfov.

D-ra Dr. Ana Grigoriu la circ. Voinești, jud. Muscel.

D-na Dr. Elena Soiu la circ. Șelaru, jud. Vlașca.

Dl Dr. Naștu Arhonte la circ. Frăsinet, jud. Vlașca.

Dl Dr. Cincora Ion la circ. Bretca Română-Hunedoara.

Dl Dr. Liviu Hurubeanu la circ. Bicazul Ardelean, jud. Ciuc.

Dl Dr. Titus Dragonescu la circ. Plavișeviță, jud. Severin.

Dl Dr. Emil Kussu la circ. Ineu, jud. Arad.

D-ra Dr. Natalia Avram la circ. Dridu, jud. Ilfov.

Dl Dr. Popovici Constantin, medicul circ. Comănești din jud. Bacău, se pune în retragere din oficiu pentru a-și aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă, pe ziua de 1 Iunie 1938.

Dl Dr. Iosif Gorenbuh, medicul circ. Costiceni din jud. Hotin, se pune în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie pentru caz de boală, pe ziua de 1 Iunie 1938.

Se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisia administrativă ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal cu Nr. 5, din şedinţa dela 8 Aprilie 1938 şi anume:

Dl Dr. Jalbă Ioan, actual medic definitiv al circ. Cobia, din jud. Dâmboviţa, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al or. Tg.-Ocna din jud. Bacău, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Gh. E. Solcănescu, medic definitiv al circ. Pojorâta, din jud. Câmpulung, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană, la Municipiul Galaţi, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. D'Argenta Angelo, medic definitiv al circ. Bălţăteşti, din jud. Neamţ, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al or. Târgovişte, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Bonea Ioan, medic definitiv al circ. Vermeş din jud. Caraş, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Vinţul-de-Jos, din jud. Alba, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Tulbure Aurel, medic stagiar al circ. Govajdia, din jud. Hunedoara, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Budeşti, din jud, Argeş, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Russu Emil, medic definitiv al circ. Ineu, din jud. Arad, se transferă în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Nădlac din acelaşi judeţ, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Gheorghe Feier, medic definitiv pe bază de examen de capacitate, se reconfirmă definitiv, în postul de medic al circ. Buteni, din jud. Arad, publicat vacant, conform deciziunii Curţii de Apel Timişoara, secţia I. cu Nr. C. I. 834 S. 1936.

Dl Dr. Vicol Teodor, medic definitiv al Spitalului şi circ. Cinişeuţi din jud. Orhei şi Dr. Gherş Enghilschi, medic definitiv al spitalului şi circ. Chiperceni din acelaş judeţ, se transferă unul în locul celuilalt, prin consimţământ reciproc, în aceeaşi calitate, pe ziua de 15 Aprilie 1938.

Dl Dr. Vasile Şerbănescu, medic stagiar al circ. Bahmutea din jud. Tighina, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Ion Dicu, medic stagiar al circ. Bezdead din jud. Dâmboviţa, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-şoara Dr. Olga Picioroga, medicul Spitalului şi circ. Lespezi din jud. Baia, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Gh. Enescu, medic inspector general cl. I, în Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Dl Dr. Petrescu Dumitru, medic inspector general cl. II, la Casa de Asigurări Sociale Bucureşti, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Se pun în retragere din oficiu, pentru a-şi aranja drepturile la pensie pentru limită de vârstă, după cum urmează:

Dl Dr. Bodiu Marius, medicul şef al staţiunei Băile Herculane, pe ziua de 1 Maiu 1938.

Dl Dr. Popescu C. Dumitru, medic primar al judeţului Prahova, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Sipoteanu Ştefan, medic primar al judeţului Botoşani, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Mişa Filip, medic primar al spitalului de contagioşi din Buzău, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Lampadaride Epaminonda, medic de circ. urbană la Municipiul Ploieşti, pe ziua de 1 Iunie 1938.

Dl Dr. Nicolaescu Petre, medic primar al spitalului mixt „Precista Mare" din Roman, pe ziua de 1 Iunie 1938.

Dl Dr. Toma Voiculescu, medic primar al secţiei medicale a spitalului Filantropia din Craiova, pe ziua de 1 Maiu 1938.

Dl Dr. Barbuceanu Ştefan, şef de serviciu cl. I (medic) la Inspectoratul General Sanitar Sibiu, pe ziua de 1 Mai 1938.

Dl Dr. Florescu Mihai, medicul oraşului Roman, pe ziua de 1 Mai 1938.

Se face următoarea mişcare în corpul medical din serviciile depedinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisia administrativă ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesul-verbal cu Nr. 6 din şedinţa dela 14 Aprilie 1938 şi anume:

Dl Dr. Cornel Pop, actual medic stagiar al circ. Almaşul-Mare din jud. Alba, se transfera pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Pietroasa din jud. Bihor.

Dl Dr. Şerbu Nicolae, medic stagiar al circ. Sohodol din jud. Alba, se transferă pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Vânători din jud. Târnava-Mare.

Dl Dr. Constantin Petrescu, medic stagiar al circ. Grojdibod din jud. Romanaţi, se transferă pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Moţăţei din jud. Dolj.

D-ra Dr. Maria Ionescu, medic stagiar al circ. Beica din jud. Vâlcea, se transferă, pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Balşa din jud. Hunedoara.

Dl Dr. Ştefănescu Manole, medic stagiar al circ. Orbeni din jud. Putna, se transferă pe 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Ţifeşti din acelaşi judeţ.

D-ra Dr. Maria Mihăescu, medic stagiar al circ. Drogalina din jud. Ialomiţa, se transferă pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate. în postul de medic al circ. Cord din jud. Tecuci.

Dl Dr. Forţu Nicolae, medic stagiar al circ. Coroeşti din jud. Tutova, se transferă pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Corod din jud. Tecuci.

D-na Dr. Maria Györfi Stoian, medic stagiar al circ. Rechetău din jud. Cluj, se transferă pe ziua de 1 Mai 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Cuciulata din jud. Târnava-Mare.

Dl Dr. Babii Dumitru, medic stagiar al circ. Cara Murza din jud. Tighina, se transferă pe ziua de 15 Mai 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Chiţcani din acelaş judeţ.

Dl Dr. Ceban Hava, medic definitiv al spitalului cu circ. Cotiugenii-Mari din jud. Soroca, se transferă pe ziua de 1 Iunie 1938, în aceeaşi calitate, în postul de medic al spitalului cu circ. Pârjolteni din jud. Lăpuşna.

Dl Dr. Ştefan Vaida, medic stagiar al circ. Cătina din jud. Cluj şi Dr. Tiberiu Anastasiu, medic stagiar al circ. Cislău din jud. Buzău se transferă pe ziua de 1 Mai 1938, în aceeaşi calitate, unul în locul celuilalt, prin consimţământ reciproc.

D-ra Dr. Margareta Georgescu, medic stagiar pe bază de examen de capacitate la circ. Mereni din jud. Vlaşca, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-na Dr. Stela Hălmăgeanu-Popa, medic stagiar la Casa de ocrotire circ. cu spital Ciacova din Timiş-Torontal, împlinind stagiul cerut de lege în urma examenului de capacitate ce a depus, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-na Maria Varlam, chimist-asistent la Laboratorul de chimie din Iaşi, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-na Dr. Ghenea Balter, medic definitiv al circ. Căpreşti din jud. Soroca, se lasă în disponibilitate din postul ce ocupă, pe ziua de 15 Mai 1938, pentru motivul că nutreşte şi manifestă sentimente de duşmănie faţă de Statul român.

Posturi vacante de medici. *Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:*

Inspector general sanitar al regiunii Constanţa.

Medic primar al jud. Botoşani.

Medic primar al jud. Dolj.

Medic primar al jud. Prahova.
Medic primar al secţiei chirurgicale dela spitalul Piatra-Neamţ.
Medic primar al secţiei chirurgicale dela spitalul Bălţi.
Medic primar al secţiei medicale dela spitalul Filantropia din Craiova.
Medic primar al secţiei medicale dela spitalul Bălţi.
Medic primar al sanatorului T. B. C. Erbiceni, jud. Iaşi.
Medic primar al spitalului de contagioşi din Buzău.
Medic de circ. urbană la municipiul Ploeşti.
Medic al oraşului Mangalia.
Medic al oraşului Roman.
Medic primar al secţiei medicale dela spitalul mixt „Precista Mare", Roman.
Medic al spitalului Leova, judeţul Cahul.
Medic al spitalului Găneşti, judeţul Covurlui.
Medic al spitalului Voineşti, judeţul Dâmboviţa.
Medic al spitalului Depăraţi Hârleşti, judeţul Teleorman.
Medic al spitalului şi circ. Floreşti, judeţul Soroca.
Medic al spitalului şi circ. Romăncăuţi, judeţul Hotin.
Medic şef de consultaţiuni genito-urinare la Dispensarul Nr. 8 pendinte de Casa Asigurărilor Sociale Bucureşti.
Medic şef de laborator la spitalul din Lugoj.
Medic al circ. Ineu, judeţul Arad.
Medic de circ. Sepreuş, judeţul Arad.
Medic al circ. Comăneşti, judeţul Bacău.
Medic al circ. Heciu Vechi, judeţul Bălţi.
Medic al circ. Batogu, judeţul Brăila.
Medic al circ. Pojorâta, judeţul Câmpulung.
Medic al circ. Vermeş, judeţul Caraş.
Medic al circ. Drăguşeni, judeţul Covurlui.
Medic al circ. Bogaţi, judeţul Dâmboviţa.
Medic al circ. Cobia, judeţul Dâmboviţa.
Medic al circ. Acadânlar, judeţul Durostor.
Medic al circ. Şinca, judeţul Făgăraş.
Medic al circ. Stănileşti, judeţul Fălciu.
Medic al circ. Costiceni, judeţul Hotin.
Medic al circ. Dinăuţi, judeţul Hotin.
Medic al circ. Govăşdia, judeţul Hunedoara.
Medic al circ. Simeria, judeţul Hunedoara.
Medic al circ. Neruşai, jud. Ismail.
Medic al circ. Ciovârnişani, judeţul Mehedinţi.
Medic al circ. Deveselu, judeţul Mehedinţi.

Medic al circ. Leordeni, judeţul Muscel.
Medic al circ. Bălţăteşti judeţul Neamţ.
Medic al circ. Taslău, judeţul Neamţ.
Medic al circ. Peresicina, judeţul Orhei.
Medic al circ. Poenele-de-Jos, judeţul Roman.
Medic al circ. Cerepcăuţi, judeţul Rădăuţi,
Medic al circ. Jibert, judeţul Târnava-Mare.
Medic al circ. Doştat, judeţul Sibiu.
Medic al circ. Ceadârlunga, judeţul Tighina.
Medic al circ. Surăneşti, judeţul Vaslui.
Inspector general sanitar al regiunii Galaţi.
Medic primar al serviciului de consultaţii de nas, gât şi urechi dela spitalul central „Prof. Dr. I. Cantacuzino", din Bucureşti.
Medic primar al secţiei de nas, gât şi urechi dela spitalul Tg.-Mureş.
Medic primar al secţiei T. B. C., dela spitalul epidemic din Timişoara.
2 medici şcolari la serviciul sanitar al municipiului Bucureşti, medic şcolar la serviciul sanitar al municip. Iaşi.
Medic la dispensarul de puericultură şi prenatale pendinte de serviciul sanitar al municip. Bucureşti.
Medic ftiziolog administrator al penitenciarului sanatoriu Tg.-Ocna, pendinte de Ministerul Justiţiei, (plătit cu 6950 Lei lunar şi locuinţă).
Medic al secţiei de boli interne dela spitalul Petroşani, jud. Hunedoara, pendinte de Casa centrală a asigurărilor sociale.
Medic al spitalului cu circ. Cotiugenii-Mari, judeţul Soroca.
Medic primar al Leprozeriei Tichileşti, judeţul Tulcea.
Medic al circ. Almaşul-Mare, judeţul Alba.
Medic al circ. Sohodol, judeţul Alba.
Medic al circ. Rechetău, judeţul Cluj.
Medic al circ. Turbaţi, judeţul Gorj.
Medic al circ. Dragalina, judeţul Ialomiţa.
Medic al circ. Orbeni, judeţul Putna.
Medic al circ. Grojdibod, judeţul Romanaţi.
Medic al circ. Căpreşti. judeţul Soroca.
Medic al circ. Cara Murza, judeţul Tighina.
Medic al circ. Coroeşti, judeţul Tutova.
Medic al circ. Beica, judeţul Vâlcea.
Medic primar al judeţului Constanţa.
Medic primar mamoş-ginecolog al maternităţii dela spitalul Cetatea-Albă.
Medic primar al maternităţii dela spitalul Constanţa.
Medic primar chirurg la spitalul Balcic.
Medic primar chirurg la spitalul Miercurea-Ciuc.

Medic primar la spitalul epidemic Timişoara.
Medic de nas, gât şi urechi, dela ambulatorul policlinic Sibiu.
Medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul Turnul-Măgurele.
Medic primar radiolog la spitalul Soroca.
Medic radiolog la sanatoriul T. B. C. Bisericani, judeţul Neamţ.
Medic radiolog la spitalul Tg.-Jiu.
Medic radiolog la spitalul R.-Vâlcea.
Medic şef de laborator la spitalul T.-Severin.
Medic de laborator la sanatorul T. B. C. Bisericani, judeţul Neamţ.
Chimist şef la laboratorul de igienă din Oradea.
Chimist şef la laboratorul de igienă din Sibiu.
Chimist la laboratorul din Tulcea.
Farmacist şef la spitalul central dr. I. Cantacuzino, Bucureşti.
Farmacist şef la depozitul de medicamente Galaţi.
Farmacist şef la depozitul de medicamente Sibiu.
Medic de circ. urbană Tighina.
Medic al spitalului Cernavoda, jud. Constanţa.
Medic al circ. Glogovăţ, jud. Arad.
Medic al circ. Sapoca, jud. Buzău.
Medic al circ. Almaşu, jud. Cluj.
Medic al circ. Vădeni, jud. Cetatea-Albă.
Medic al circ. Godineşti, jud. Gorj.
Medic al circ. Babiciu, jud. Romanaţi.
Medic al circ. Bobiceşti, jud. Romanaţi.
Medic al circ. Şuletea, jud. Tutova.
Medic al circ. Ştefăneşti, jud. Vâlcea.

D-nii medici care întrunesc condiţiile legale şi doresc aceste posturi vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

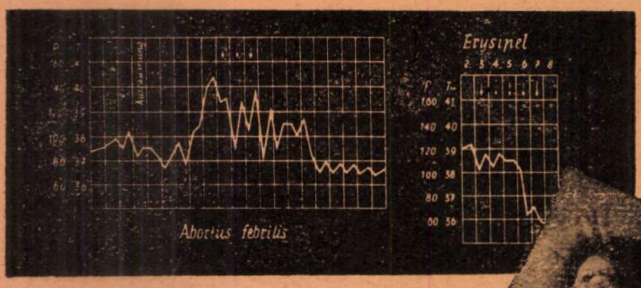
1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

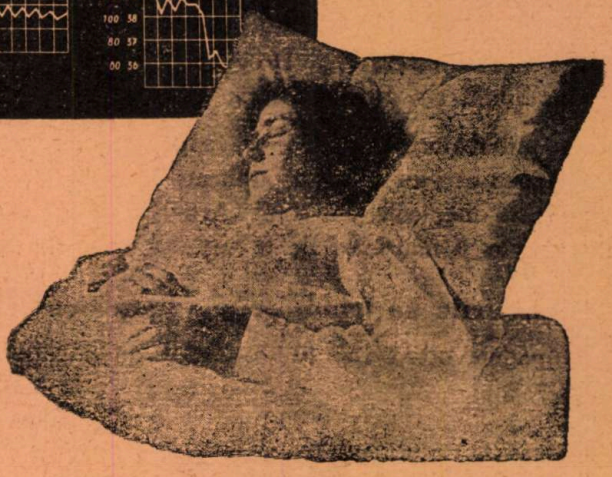
Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1938.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.





Tratamentul cu

Prontosil

Grand Prix Paris 1937

a revoluţionat terapia infecţiunilor streptococice

Erisipel,
Angină,
Scarlatină
Avort septic,
Meningite,
Artrite, cistite, pielite,
Septicemie post partum, Infecţiuni colibacilare

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

Cincizeci de ani
1888 BAYER *1938*
MEDICAMENTE

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18.

Anul V. No. 6—8. **40 Lei exemplarul.** Iunie—August 1938.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I., Dr. Udvarnoky E.
Redactor responsabil: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

BIBLIOTECA CENTRALĂ A ASOCIAŢIUNII SIBIIU

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Dr. Dan Thodorescu şi *Dr. Alexandru Cristian:* Infecţiile de origine buco-dentare şi influenţa lor asupra organismului . . . . . Pag. 193

Dr. Zeno St. Borza: Chiste perforate ale ovarelor simulând tabloul clinic al apendicitei acute . . . . . „ 199

Dr. Axente Iancu: Profilaxia şi tratamentul rachitismului „ 215

Dr. Pompiliu Nistor: Vaccinarea cu B. C. G. în comunele rurale ale judeţului Braşov, în anul 1937 . . „ 223

Dr. Liviu Stupariu: Oleotoraxul în tratamentul pleureziilor purulente tuberculoase . . „ 226

Dr. Virgil Stanciu: Câteva cercetări în legătură cu tratamentul prin injecţii cu glucoză a pleureziilor survenite în decursul pneumotoracelui terapeutic . . . . . „ 232

Dr. I. Prodescu: Terenul în infecţiunea tuberculoasă . Pag. 235

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Campania sanitară în judeţele Inspectoratului Sibiu . . . . . Pag. 237

Dr. Ioan Cosma: Sănătatea, biserica şi şcoala . . . . „ 243

Revista cărţilor . . . . . „ 247

1. *Gaston Daniel* et *Albert Daniel:* Arts et techniques de la Santé.
2. *Fritz Schnek:* Die Technik des ungepolsterten Gipsverbandes.

Din reviste medicale . . „ 248

Note de terapeutică . . . „ 251

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu . . „ 258

Aviz . . . . . „ 259

Note şi informaţiuni . . . „ 261

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Toate algiile reumatismale

Toate sindromele dureroase

NAIODINE

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Algii rebele — Nevraxite şi urmările lor

Acţiune curativă fără reacţiuni. — Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul **J. LOGEAIS**, Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Sft. Ionică 8

DEXTROPUR

conţine 99,5—99,7% dextroză

Cel mai pur şi cel mai ieftin preparat de glucoză pentru uzul peroral şi rectal

Mostre şi literatură trimite la cerere

DEPARTAMENTUL ŞTIINŢIFIC

SAPIC

Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

Anul V. Nr. 6—8. 40 Lei exemplarul. Iunie—August 1938

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

SIBIU, 1938
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ", S. A.

In tratamentul blenoragiei
pe cale bucală

Uliron

70 de publicaţiuni
din clinică şi practică se ocupă de valoarea acestui preparat chimioterapeutic, pentru tratamentul bucal prin atacuri al afecţiunilor **gonococice** şi **stafilococice.**

Ambalaje de 10, 20 şi 250 tablete.

»Bayer«

Cincizeci de ani
1888 BAYER *1938*
MEDICAMENTE

LEVERKUSEN.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Infecţiile de origine buco-dentare şi influenţa lor asupra organismului.

De

Dr. Dan Thodorescu, Conferenţiar Universitar. şi **Dr. Alexandru Cristian,** Medic Primar Stomatolog.

Incă din cele mai vechi timpuri a fost cunoscută repercusiunea infecţiilor de origină buco-dentară asupra organismului, dar nici până astăzi nu i s'a dat importanţa cuvenită. De când laboratorul a pus în evidenţă natura infecţiilor prin diferite cercetări şi verificări bacteriologice mulţi clinicieni au atras atenţiunea asupra rolului ce îl are această septicitate în etio-patogenia diferitelor maladii la distanţă, maladii considerate de cele mai multe ori ca fiind de origine criptogenetică.

Mulţi autori începând din anul 1860 (Chassaignac, Billings, Miller, Rosenov) au studiat problema septicităţii buco-dentară; în 1900 Sebileau face o clasificare acestor infecţii; Hunter William în 1910 emite aşa numita doctrină „focal infection" sau „sepsis oral", la care doctrină sau ataşat numeroşi autori americani, iar mai târziu în Franţa au publicat observaţiuni demonstrative Tellier, Grandclaude, Delorm, Vaucher, Courmont, Lesbre etc.

La noi în ţară regretatul Profesor Bilaşcu a insistat mult asupra „sepsei orale", cu toate ocaziile, căutând să documenteze legătura dintre infecţiile de origine buco-dentare şi alte afecţiuni organice, arătând importanţa stomatologiei în profilaxia diferitelor boli generale.

In Clinica d-lui Prof. Iacobovici toţi bolnavii, indiferent de afecţiune, sunt examinaţi totdeauna din punct de vedere buco-dentar.

Mediul bucal este în general favorabil desvoltării microbilor patogeni, cari pot să pătrundă prin aierul aspirat, alimentaţie şi corpi străini. Cei mai frequenţi microbi sunt: streptococul, pneumobacilul, colibacilul, bacilul fuzi-form a lui Vincent şi mai rar bacilul Koch. Când higiena bucală lasă de dorit, echilibrul biologic al microbismului bucal din stare fiziologică trece în stare patologică, iar mi-

crobii patogeni produc o infecţie a ţesuturilor peridentare (gingivite, pioree, fistule etc.) şi prin trecerea liberă a puroiului din cavitatea bucală în căile digestive şi respiratorii se vor produce metastazări, cari se traduc prin diferite turburări organice sau generale.

O altă formă de infecţie este datorită focarului produs de caria dentară şi consecinţele ei având un caracter mai insidios, focar ce se găseşte închis în alveolă iar puroiul neputându-se scurge în cavitatea bucală, evoluiază către apex şi determină leziuni locale: periodontită, abces periapical, granulom şi fistulă. Aceste focare cronice de multe ori nu se pot pune în evidenţă decât cu ajutorul radiografiei, mai ales la dinţi obturaţi şi la acei cari servesc de suport la diferite proteze. Neavând nici o cale de drenaj se vor produce complicaţii de vecinătate ale osului şi periosului şi complicaţii la distanţă prin fixarea germenilor microbieni în diferite ţesuturi şi organe printr'un tropism special pentru fiecare categorie de microbi, fie pe calea hematogenă — embolie microbiană, fie pe calea limfatică — adenită de origină dentară — şi mai rar pe calea de continuitate sau contiguitate a ţesuturilor.

Metastazele microbiene din diferite organe (articulaţii, cord, stomac, leziuni oculare, renale etc.) atât cele datorite sindromului piofagiei cât şi cele datorite infecţiei focale la distanţă au fost precizate în mod neîndoios prin analiză de laborator, însămânţări pe medii şi inoculări la animale, de asemenea şi prin tratamentul dentar adecvat. Pemberton şi Petre într'un studiu clinic şi statistic a artritelor cronice (Rev. Stom. Nr. 4/927) bazat pe 1100 cazuri, atribue acestor artrite o etiologie de origine focală de 70%, repartizându-le în ordinea infecţiei în modul următor: dinţii, nasul, gâtul (amigdalele), aparatul genito-urinar şi mai rar sinuzitele şi artritele.

După o statistică americană 14% din reumatism ar fi datorită infecţiei focale de origine dentară, 8% miocardite, 8.4% endocardite, 7.2% ulcere gastrice şi 7% anemie pernicioasă.

D-rul Vasilescu publică o interesantă experienţă a lui Meisser pentru a dovedi etiopatogenia afecţiunilor gastrice de origine focală. Meisser a trepanat cei 4 canini la 25 câini şi le-a inoculat în canalul dentar streptococi din focarele infecţioase dela 3 bolnavi de ulcer gastric. La 13 câini s'a constatat leziuni hemoragice pe mucoasa stomacală, iar la 12 un început de ulcer; de asemenea au fost observate ulcere recidivate la bolnavi operaţi cari aveau o stare bucală rea. „Chirurgia ulcerului de stomac şi a duodenului ar trebui să înceapă cu dinţii" spune o revistă americană „şi timpul a venit când nici un spital sau clinică unde se face operă de chirurgie ge-

nerală, nu poate fi privit ca fiind pe baze ştiinţifice, dacă nu posedă şi un serviciu de stomatologie dotat cu toate resursele necesare pentru tratamentul infecţiunilor provenind din sistemul dentar" (Agr. Dr. Dumitrescu).

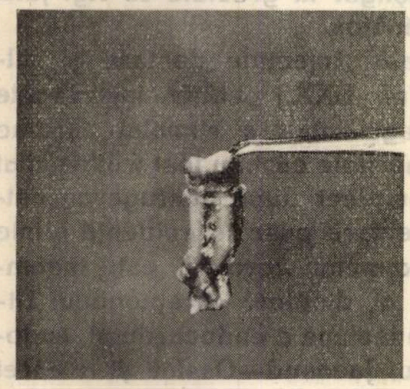
Hunter descrie aşa numita gastrită septică datorită microbilor ce survin din înghiţirea puroiului provenit din dinţii pioreici şi rădăcinile infectate. Această afecţiune se caracterizează printr'o simptomatologie foarte variată; greaţă, dureri epigastrice neregulate ce apar între mese, balonări, diaree alternată cu constipaţie, iar mai târziu apare perioada de intoxicare, cu facies teros, debilitate fizică, anemie, scădere în greutate, depresiune etc. Lebedinschi susţine că, aceste tulburări gastro-intestinale sunt datorite piofagiei. Într'adevăr după extracţia tuturor rădăcinilor gangrenate şi a tratamentului dentar adecvat, aceste fenomene au dispărut în cele mai multe cazuri. Vom cita un caz observat de noi înainte cu câţiva ani; este vorba de un funcţionar C. F. R. de 30 ani din Bucureşti care se prezintă la consultaţii pentru examen dentar. Pacientul este în concediu medical de mai mult timp, suferind de gastrită cronică, debilitate şi anemie. In ultimul timp a pierdut din greutate peste 10 Kg., are dureri epigastrice, balonări, transpiraţii nocturne, inapetenţe. La examenul buco-dentar se constată prezenţa alor 14 dinţi gangrenaţi cu fistule şi rădăcini, în majoritate la molari şi premolari şi consecutiv tartru abundent cu gingivită, toate aceste contribuind la o masticaţie foarte dificilă. Cu tot tratamentul medicamentos şi repausul din ultimul timp fenomenele gastro-intestinale nu au cedat decât după îndepărtarea focarelor dentare infecţioase şi complectarea dinţilor lipsă. Iar în câteva luni pacientul a câştigat în greutate 18 Kg. fără nici un alt tratament şi este perfect sănătos.

Calvin Smith într'o lucrare întitulată „Infecţiile dentare şi tulburările cardiace" (Dental cosmos Vol. LXX.) publică interesante observaţii asupra a cinci cazuri de iregularităţi a ritmului cardiac fără leziuni organice. Aritmiile cu extrasistole cari au fost tratate mai mult timp fără rezultat, au dispărut complect după distrugerea chirurgicală a focarelor infecţioase peridentare puse în evidenţă clinic şi radiologic. Autorul consideră că examenul cordului este incomplet fără un studiu clinic şi radiologic al dinţilor. Streptococul Viridans este susceptibil de a provoca o leziune a endocardului, endocardita malignă cu evoluţie lentă a lui Jaccaud—Ossler şi a cărei origine este în funcţie de un focar infecţios dentar, iar alţi autori presupun că microbul se grefează pe o leziune anterioară a endocardului.

Infecţia pulmonară se poate face pe cale sanguină, dar mai frecvent se produce direct prin inhalaţie. Aceste focare pulmonare se caracterizează, în general prin abcese putride multiple sau gangrene, fiind cauzate de asociaţiuni fuzo-spirilare sau fuzo-streptococice. Rupe şi Lambling publică în „La Revue de stomatologie" din 1928 un caz de abces gangrenos la un pacient de 55 ani, care de mai multe luni prezintă o supuraţie chistică la un premolar, fără inflamaţie şi durere. Din când în când punga chistică paradentară se spărgea şi puroiul se scurgea în cavitatea bucală. Intr'o zi bolnavul acuză la locul chistului o tumefiere dureroasă mai ales la presiune, frison, temp. 38,5°. A doua zi accidente pulmonare, tuse, expectoraţie purulentă fetidă. Peste câteva zile temperatura scade la normal. La examenul pulmonar: submatitate limitată la vârful pulmonar. Examenul sputei: Strepto-enterococi în cultură pură, iar la examenul puroiului paradentar se constată aceeaşi microbi. După operaţia chistului toate fenomenele pulmonare au dispărut.

Un caz de gangrenă pulmonară a fost observat de unul din noi, la un bolnav care avea mai multe focare infecţioase dentare. Intr'o zi prezintă fenomene pulmonare cu frison, temp. 39°, tuse chintuase expectoraţie purulentă fetidă. La examenul sputei se constată streptoenterococi, de asemenea şi din puroiul provenit din focarele dentare se găseşte aceeaşi floră microbiană. Fenomenele pulmonare accentuându-se, cu tot tratamentul făcut de cei mai distinşi medici din capitală, bolnavul în vârstă de 50 ani a sucombat.

Altădată unele focare ascunse pot simula leziuni pulmonare mai ales tuberculoza incipientă. Observaţia de mai jos destul de eclatantă, ne poate dovedi acest fapt. Soţia unui magistrat, prezintă o stare de septicemie cronică, cu febră 37,5°—38°, transpiraţii nocturne, oboseală, insomnii şi o stare nervoasă accentuată datorită fricei de tuberculoză. A fost observată pentru această boală mai multe luni fără a se putea pune în evidenţă leziuni de tuberculoză, iar mai târziu a fost tratată de colibacilurie dar fără rezultat. La examenul bucal am constatat existenţa unui focar apical la unul din molarii de minte inferiori. In hemocultura făcută s'a găsit un streptococ. După extracţia molarului respectiv bolnava prezintă fenomene de



Granulom supurat la un molar inferior.

rezorbție, de însămânțare, frisoane, febră timp de câteva zile. Dintele prezenta un granulom supurat din care s'a izolat un streptococ de specia celui găsit în hemocultura făcută anterior. Iar la câteva zile după aceasta toate fenomenele au cedat.

Turburări trofo-nevrotice pot să aibă un punct de plecare dela dinți sau rădăcinile gangrenate. Astfel nu demult am avut ocazia să observăm un pacient de 28 ani din Sibiu care a fost examinat și de un distins confrate dermatolog. Bolnavul prezenta o peladă în regiunea occipitală de formă circulară având un diametru de cca 5—6 cm. La examenul bucal am constatat prezența alor 10 rădăcini, majoritatea cu granulom și fistule. După îndepărtarea chirurgicală a acestor focare de infecție, pelada a dispărut fără nici un alt tratament.

Accidentele orbito-oculare de origine focală, de asemenea prezintă un mare interes mai ales când este vorba de etiologia iritei, iridociclitei, coroiditei și turburări reflexe prin accidente de continuitate sau contiguitate.

Turburările oculare reflexe se explică prin iritația continuă a focarului infecțios asupra terminațiilor trigemenului și a simpaticului cervical. Redăm mai jos două cazuri observate și publicate în Clujul medical din 1928 de dl prof. Dr. Aleman și dl Dr. Saru: Un profesor universitar prezintă o diplopie de mai mult timp fără să-i cunoască cauza. La examenul bucal se constată că spinul iritativ care întreținea diplopia este un molar superior plombat. După desinfectarea canalelor și opturația din nou a dintelui pacientul s'a vindecat.

Al doilea caz este un mecanic C. F. R., care intrase în clinica oftalmologică din Cluj pentru o irită acută a ochiului stâng cu dureri orbitare și periorbitare, fotofobie, spasm, lăcrimare continuă, irisul de culoare brună murdară. Acest pacient înainte cu un an a fost în tratamentul unui dentist tehnician care i-a făcut o plombă și pe urmă o coroană la premolarul I. sup. stg. După tratament pacientul acuza mereu dureri la nivelul dintelui respectiv care mai târziu s'au ameliorat, dar din narina stângă a observat că din când în când i se scurge un puroiu fetid. La 8 luni după aceasta au început și simptomele oculare pentru care a fost internat în clinică. După extracția dintelui infectat și efectuarea raclajului alveolar și a tratamentului simptomatic, în 10 zile fenomenele oculo-nasale au dispărut.

Pe lângă septicitatea buco-dentară mai este și factorul de denutriție provocat de masticația dureroasă și incompletă a alimentelor cauzând diferite tulburări generale: indigestie, inapetență, grețuri, cefalee, constipație, urmate de o debilitate fizică și anemie.

Numai într'o singură comună cu ocazia anchetelor sanitare din jud. Sibiu, din 26 cazuri cari au fost îndrumate pentru examen stomatologic, am găsit aproape 50% în special femei sub 30 ani care prezentau carii multiple şi rădăcini infectate concomitent cu debilitate, anemie şi tulburări gastro-intestinale. De asemenea şi tuberculoza, mai ales cervicală se grefează tot pe leziuni dentare în special la copii. Adenitele cervicale la început sunt pur inflamatorii şi numai secundar după 5—6 luni se tuberculizează, (Sergent) aşa că printr'o îndrumare la timp şi printr'un tratament bine condus mulţi copii ar scăpa de acest flagel.

Diagnostic: Descoperirea focarului primar prin radiografie şi proba sensibilităţii. Trebue să luăm în considerare şi următoarele simptome clinice: Sensibilitate trecătoare, dureri şi adenopatie, mialgii, artralgii, ascensiuni termice cari nu se pot explica în legătură cu vreo afecţiune gastrică, endocardică, nefritică.

Examenul sângelui: hemocultură repetată, „hemogramă" „Dieke-Tropfen", reacţia de sedimentare.

Examenul bacteriologic al focarului periapical prin separare de flora microbiană bucală.

Terapie: Extracţia dinţilor cu focar infecţios. Apectomie mai ales la dinţii centrali. Tratament conservativ. In caz de anemie şi debilitate sau alte afecţiuni defocalizarea se face treptat după un timp de pregătire şi o terapie medicală, iar după extracţii se va face desinfectarea bucală cât mai riguros, pentru a evita o gastrită datorită piofagiei.

Numai din aceste câteva cazuri se poate constata că afecţiunile buco-dentare nu sunt leziuni pur locale ci au o repercusiune asupra întregului organism, iar caria dentară şi consecinţele ei poate fi considerată un adevărat pericol social. Charles Mayo care în clinica sa chirurgicală de mai mulţi ani dă o importanţă deosebită stomatologiei, spune că „Cele mai mari progrese în medicina preventivă se aşteaptă să fie realizate de stomatologie, căci înlăturarea infecţiei buco-dentare ar putea să aibă o influenţă incalculabilă nu numai asupra sănătăţii individului dar şi asupra viitorului rasei".

Clinica Chirurgicală din Cluj.
Director Prof. Dr. Al. Pop

Chiste perforate ale ovarelor simulând tabloul clinic al apendicitei acute.

de **Dr. Zeno St. Borza,**
şef de lucrări al Clinicei.

Patologia fosei iliace drepte, complicată prin ea însăşi, este foarte deseori regiunea asupra căreia au repercusiuni afecţiunile organelor pelviene, în special organele genitale la femei.

Astfel în faţa unui caz de apendicită acută, trebue să ne gândim ca diagnostic diferenţial şi la afecţiuni a acestor organe pelviene, dintre cari desigur cele mai frecvente sunt chistele torsionate ale ovarului şi sarcina extra-uterină.

In ultimii 8 ani mi-a fost dat să observ în Clinica chirurgicală din Cluj, o serie de cazuri, la cari simptomele clinice indicau diagnosticul de apendicită gangrenoasă, totuşi la intervenţia chirurgicală s'a constatat o revărsare de sânge în cavitatea pelviană, revărsare a cărei cauză n'a putut fi explicată decât dificil în cursul intervenţiei şi a fost elucidată abia mai târziu prin examinări anatomo-microscopice.

Surpriza operatorie — pe de-o parte — şi dificultatea de a stabili în cursul operaţiunii locul de provenienţă a lichidului hemoragic — pe de altă parte — explică conduita operatorie.

Intr'adevăr dintre cele 4 cazuri, a căror publicaţiune urmează, la 2 cazuri s'a recurs la laparatomia mediană, după ce în prealabil s'a intervenit prin inciziuni laterale dr. pentru apendicită.

Iată descrierea cazurilor noastre clinice:

Obs. Nr. I. L. V. în vârstă de 17 ani, necăsătorită din Cluj. Se prezintă în clinică la 30 Ian. 1932.

Antec. heredo-colat. nu constată nimic important.

Antec. personale: In mica copilărie a suferit de rujeolă, la 7 şi 12 ani de pneomonie, la 12 ani a prezintat o gastro-enterită. Menstruală la vârsta de 13 ani. Epocele catameniale s'au succedat regulat la intervale de 4 săpt. şi uneori erau însoţite de dureri mari lombare şi abdominale. Ultima menstruaţie a avut-o înainte cu 23 zile.

Boala actuală: A debutat brusc înainte cu 2 zile, cu dureri difuze în abdomen. Temperatura 36,6°, scaunul regulat. După câteva ore bolnava are greață și-și produce singură vărsături. Bolnava este văzută de un medic ginecolog, care-i recomandă aplicațiuni de comprese pe abdomen și-i administrează medicamente sub forma de tablete. In ziua următoare durerile au mai diminuat, ele s'au localizat însă în reg. hipogastrică și în fosa iliacă dreapță. Bolnava a continuat să aibă vărsături. In această stare este transpusă în clinica chirurgicală.

Examen general: Temperatura 38°. Pulsul 102.

Starea generală debilă, tegumentele și mucoasele palide-anemice.

Aparatul circulator: La nivelul mitralei se aude un suflu discret, funcțional.

Examen local: Abdomenul ușor contractat. La palpare abdomenul este sensibil, mai ales în hipogastru și fosa iliacă dreaptă. Semnul lui Rovsing negativ. Punctele Lanz și Morris sunt sensibile. La presiune mai pronunțată se constată o defensă musculară.

Examen genital extern: Himenul păstrat, de formă semi-circulară.

Examen de laborator: Urina de aspect clar, fără elemente patologice. Leucocite în sânge 18,000.

Se stabilește diagnosticul pre-operator de apendicită gangrenoasă și se intervine de urgență în anestezie generală cu eter.

Operația: Se face incizia para rectală dreaptă. La deschiderea cavității abdominale se constată sânge între ansele intestinale. Se explorează coecul și apendicele, cari însă nu prezintă nici o alterațiune. Datorită faptului că prin această incizie explorațiunea cavității abdominale nu se poate face în bune condițiuni, închidem plaga în trei straturi și facem o a doua incizie mediană subombiliceală.

In cavitatea abdominală se constată cca. 200 cc. de sânge. Se explorează uterul și anexele. Uterul este de dimensiuni normale. Ovarul din partea stângă prezintă un chist de mărimea unei nuci și este căzut în fundul de sac a lui Douglas.

Intr'un punct al acestui chist se constată o perforațiune, iar în jurul perforațiunii câțiva coaguli sanghini aderenți de suprafața peretelui chistului.

Se extirpă ovarul chistic împreună cu trompa stângă. Se curăță cavitatea peritoneală de sângele revărsat. Se drenează cu un tub colțul inferior al plăgii, iar în rest se sutureză plaga în trei straturi.

Evoluția și tratamentul post-operator: Temperatura 38,5. Are dureri abdominale. Urinează spontan. Se aplică punga cu ghiață pe abdomen. Ziua a doua are emisiuni de gaze și scaun după clismă

cu glicerină. Local se suprimă tubul de dren. In zilele următoare bolnava este subfebrilă; starea generală ameliorată. In ziua a opta se scot firele, iar la două zile după aceea bolnava vindecată părăseşte serviciul clinicei.

Rezultatul examenului anatomo-microscopic al piesei: *este vorba de un chist al corpului galben perforat.*

Obs. Nr. II.: O. I. în vârstă de 27 ani, servitoare. Intră în serviciul clinicei la 3 VI. 1932.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale: La vârsta de 8 ani a suferit de rugeolă. Menstruată la vârsta de 14 ani. Epocele catameniale sau succedat regulat.

Boala actuală: Datează de 3 zile şi a debutat insidios cu dureri în regiunea lombară, dureri pe cari de altfel bolnava le avea în mod obicinuit în timpul sau premergător menstruaţiunii.

In ziua următoare apare menstruaţia şi concomitent bolnava simte dureri în hipogastru şi în fossa iliacă dreaptă, dureri cari sau generalizat în întreg abdomenul. Este nevoită să stea la pat, consultând un medic, al Casei Cercuale, care-i prescrie ceva medicamente. Ziua următoare starea sa se agravează. Este balonată şi constipată. Prezintă greaţă şi vărsături. Concomitent cu aceste fenomene remarcă că sângerarea menstruală este excesiv de abondentă. In această stare este adusă în serviciul clinicei pentru examinare.

Examen general: Temperatura 37,3°. Puls 110. Starea generală alterată. Tegumentele palide. Sistemul musculo-adipos bine desvoltat.

Aparatul respirator: La percuţie sonoritate. La ascultaţie murmur vezicular cu raluri de bronşită supra-adaugate. Micţiuni clare normale.

Examen local: Abdomenul uşor distins, mai ales în etajul inferior. La palpaţie se evidenţiază o sensibilitate mare, imediat deasupra arcadei crurale dr. ceva mai jos de punctul lui Lanz. La presiune profundă durerea se accentuează şi mai mult. Defensă musculară pronunţată.

Evităm *examenul genital*, bolnava fiind în plină menstruaţiune.

Examen de laborator: Urina de aspect normal. Urme de albumină. Leucocite în sânge 9,600.

In faţa acestui tablou clinic stabilim diagnosticul preoperator de *apendicită acută*, intervenind de urgenţă în anestezie rachidiană.

Operaţia: Se face incizia Roux. La deschiderea cavităţii abdominale constatăm prezenţă de sânge între ansele intestinale. Explorăm coecul şi apendicele, care este uşor congestionat. Extirpăm

apendicele după tehnica clasică şi înfundăm bontul apendicular cu un fir în bursă.

Explorăm palpatoric prin plagă uterul şi anexele, fără ca să putem evidenţia vreo leziune sau vreo îngroşare evidentă.

Închidem complet plaga operatorie şi intervenim din nou printr'o laparatomie mediană subombilicală.

La deschiderea cavităţii abdominale procedăm imediat la explorarea minuţioasă a etajului abdominal inferior a pancreasului. Înclinând bolnava în poziţie Trendelenburg, explorăm vizual uterul cu anexele sale.

Uterul este uşor mărit de volum, congestionat. Trompa din partea dreaptă este congestionată mai ales în dreptul franglurilor. Ovarul din dreapta este uşor mărit de volum şi prezintă pe faţa sa anterioară o mică boselare, de coloraţiune albastră violacee, această porţiune fiind acoperită cu un coagul sanghin. Detaşând acest coagul apare o mică perforaţiune de mărimea unui cap de ac cu gămălie, perforaţiune cu margini festonate.

Executăm salpingo-ovarectomia dreaptă şi drenăm Douglasul cu un tub de cauciuc, aplicat în colţul inferior al plăgii. In rest închidem complet plaga operatorie în trei straturi.

Evoluţia şi tratamentul post-operator: In ziua de 4 VI., bolnava are asc. de temperatură de 38,7°. Puls 120. Se constată o uşoară congestie pulmonară la baza dreaptă. Se administrează inj. intramusculară cu gluconat de calciu şi transpulmin. Se aplică ventuze pe torace.

5—7 VI. Starea generală ameliorată. Temperatura 36,8°—37,4°. Fenomenele de congestie pulmonară cedează. Abdomenul moale; are emisiuni de gaze şi scaun normal.

Local se suprimă drenajul lăsând numai un colţ de meşă între buzele plăgii.

In ziua a 9-a se scot firele. Plăgile reunite per primam. Ziua a 12-a bolnava complet vindecată părăseşte serviciul clinicei.

Examenul anatomo-microscopic al piesei: La secţiunea ovarului se constată prezenţa unor mici chiste (dela mărimea unui bob de mei, până la dimensiunea unui bob de fasole) cu o dispoziţiune superficială.

La examen histologic se constată că peretele chistelor este format dintr'o stromă şi un *epiteliu cilindric,* pe alocuri cubic. Se observă şi prezenţa de glande a căror lumen este deschis în spre cavitatea chistelor. In concluzie tabloul histologic al chistelor este acela al *endometriului.*

Obs. Nr. III. M. E. în vârstă de 33 ani căsătorită. Se prezintă în clinică la 28 II. 1937.

Antec. heredo-colaterale fără importanţă.

Antec. personale: In copilărie a suferit de scarlatină şi tusă convulsivă. Menstruată la vârsta de 13 ani. Epocele catameniale s'au succedat regulat. In ultimii doi ani bolnava avea dureri mari lombare şi uneori dureri abdominale generalizate în timpul menstruaţiunii. A avut o sarcină dusă la termen şi două raclajuri.

Boala actuală: A debutat brusc în timpul unei călătorii cu autobusul, când bolnava — care de altfel era în timpul menstruaţiei — a simţit brusc o durere violentă în hipocondrul drept, cu radiaţiuni în spate între omoplat şi umărul drept. Durerile iradiau şi în jos în spre fossa iliacă dreaptă. Bolnava avea o senzaţie de greaţă, urmată imediat de vărsături. Starea sa a fost aşa de alarmantă încât a trebuit să oprească autobusul până s'a mai calmat. Ajunsă la Cluj a fost internată imediat în serviciul clinicei chirurgicale.

La examen general constatăm: Temperatura 36,7°. Pulsul 96. Starea generală alterată. Statura normală. Tegumentele-mucoasele palide, anemice. Asupra aparatelor respirator şi circulator nu constatăm nimic anormal. Din partea sistemului nervos nu constatăm de asemenea nimic anormal.

La examen local: Inspecţia arată un abdomen uşor destins. La palpaţie constatăm o sensibilitate în fossa iliacă dreaptă, mai pronunţată în punctul Mac-Bourney. Sensibilitate abdominală difuză, pronunţată şi în hipogastru şi în hipocondrul drept. Punctul cistic de asemenea foarte sensibil.

Examinările de laborator: Urina de aspect normal, fără elemente patologice. Leucocite în sânge 9,200.

Bazaţi pe aceste constatări, fără a putea stabili un diagnostic pozitiv menţinem bolnava sub o observaţie strictă în repaos complet şi cu pungă cu ghiaţă pe abdomen până în ziua următoare.

La examenul genital făcut a doua zi se constată: Uterul în retro-versieflexie. Anexa din partea dreaptă este uşor sensibilă. Fundul de sac al lui Douglas bombează şi este uşor sensibil.

La palparea abdomenului sensibilitatea maximă se menţine la nivelul punctului Mac—Bourney.

Decidem intervenţia chirurgicală executată în ziua de 1/III. 937, sub anestezie generală cu protoxid de azot.

Operaţia: Se face incizia pararectală dreaptă. La deschiderea cavităţii abdominale explorăm coecul şi apendicele cari sunt normale.

Intre ansele intestinului subţire constatăm prezenţa de sânge. Explorând organele genitale, constatăm în fundul de sac al lui Douglas şi loja utero-vezicală aprox. 200—250 cc. sânge. Uterul foarte puţin mărit de volum. Ovarul şi trompa din partea dreaptă sunt cuprinse într'un chiag mare de sânge. Ridicând acest chiag sanghin constatăm că ovarul drept este mărit de volum, prezentând la suprafaţa sa mai multe formaţiuni chistice.

In dreptul unui astfel de chist, de coloraţiune brună negricioasă se constată o mică perforaţiune, prin care se scurge sânge sub formă de picături, după ridicarea coagului. Trompa este mărită de volum şi puternic congestionată. Prezenţa embrionului nu se poate pune în evidenţă (după primul aspect ni s'a părut că ar fi vorba de-o sarcină extra-uterină).

Executăm salpingo ovarectomia dreaptă după tehnica clasică şi drenăm Douglasul cu un tub şi o meşă. In jurul drenajului închidem complet plaga operatorie în trei straturi.

Evoluţia şi tratament post-operator. Prima zi după operaţie bolnava are dureri foarte mari la nivelul plăgii. Temp. 37,7°. Nu poate urina. Ziua a doua durerile se ameliorează, urinează spontan. Se schimbă pansamentul. Inj. cu gluconat de calciu intra muscular. Ziua a treia este afebrilă. Are emisiuni de gaze şi scaun după clismă. Se suprimă drenajul, menţinând o mică meşe între buzele plăgii. In ziua a noua se scot firele. Plaga reunită per primam, cu excepţia locului de drenaj care este şi el perfect cicatrizat în ziua a 14-a. Bolnava vindecată complet părăseşte serviciul clinicei.

Examenul anatomo-microscopic al piesei: Ovarul uşor mărit de volum. La secţiune se remarcă că imediat sub corticală se evidenţiază 3—4 chiste de mărimea unor boabe de porumb. Chistul intermediar este plin cu sânge.

Microscopic peretele chistelor este format dintr'o stromă şi tapetat de un epiteliu, care însă nu are nici pe departe caracterele descrise în piesa precedentă. Vom reveni mai detaliat asupra acestei piese, cu ocaziunea studiului histologic al acestor chiste particulare ale ovarului.

Obs. Nr. IV. M. A. în vârstă de 30 ani, casnică. Se prezintă în serviciul clinicei la 13/I. 1938.

Antec. heredo-colaterale fără importanţă.

Antec. personale. Născută la termen. Menstruată la vârsta de 14 ani. Epocele catameniale sau succedat regulat. A avut 10 copii dintre cari 5 trăiesc şi sunt sănătoşi, ceilalţi au murit de maladii intercurente.

Boala actuală: Datează din ziua de 9 Ianuarie 1938 şi a debutat brusc cu dureri abdominale difuze, mai accentuate în fossa iliacă dreaptă. Durerile au fost însoţite de o balonare a abdomenului şi de o senzaţie de greaţă.

Bolnava s'a aşezat la pat fără ca să dea importanţă prea mare acestor tulburări, pe cari — după cum afirmă bolnava — le avea periodic la 3—4 săpt. şi coincideau cu apariţia menstruaţiunii, mai ales în ultimele 6 luni.

In ziua următoare durerile s'au accentuat însă foarte mult, s'au localizat mai ales în fossa iliacă dreaptă; a prezentat vărsături şi o stare de slăbiciune generală.

Consultă un medic care-i recomandă repaos, regim şi comprese locale. In zilele următoare starea bolnavei se agravează din ce în ce şi a prezentat în repetite rânduri o stare de leşin.

In această stare este adusă în serviciul clinicei, la 13/I. 1938.

La examenul general se constată: Temp. 37,1°, Puls 98. Starea generală debilă. Tegumentele-mucoasele sunt palide.

Examen local: La inspecţie abdomenul uşor balonat mai ales în etajul inferior. La palpaţie se constată o sensibilitate în fossa iliacă dreaptă, localizată mai ales în punctul lui Lanz. Uşoară defensă musculară.

Examen genital: Uter în retroversie-flexie. Fundul de sac stâng uşor sensibil. Douglasul de asemenea este uşor sensibil.

Examene de laborator: Urina de aspect tulbure, acidă. Dens 1031. Albumină în urme. Puroi-zahăr negativ. Leucocite în sânge 14,000.

Bazaţi pe aceste examinări stabilim diagnosticul de apendicită acută, recomandând intervenţia de urgenţă.

Operaţia: Se face incizia Roux. La deschiderea cavităţii abdominale se găseşte o cantitate mare de sânge între ansele intestinale.

Se prelungeşte incizia în jos, secţionând muşchii oblic mic şi transvers. La explorarea coecului şi a apendicelui, acestea ne apar normale.

Explorând uterul acesta este uşor mărit de volum şi dur. Trompa din partea stângă este puţin îngroşată. Aceasta împreună cu ligamentul larg stâng sunt pline cu sânge. Ovarul şi porţiunea cea mai externă a trompei stângi sunt înglobate într'un hematom, aderent de peretele post. al bazinului. Eliberate din acest hematom, pe suprafaţa ovarului constatăm o denivelare de aspect muriform cu o mică perforaţiune. Această porţiune a ovarului are o coloraţiune vânătă-brună.

Decidem şi executăm salpingo-ovarectomia stângă. Se evacuează hematomul şi se drenează Douglasul cu un tub de cauciuc, închizând apoi în jurul drenajului complet plaga abdominală în trei straturi.

Evoluţia şi tratament post operator. In prima zi are dureri mari difuze în abdomen. Se aplică pungă cu ghiaţă. Urinează spontan. Ziua a doua are emisiuni de gaze. Local se suprimă drenajul. In restul zilelor bolnava a evoluat normal şi a 11-a zi părăseşte serviciul clinicei complet vindecată.

Examenul histo-patologic al piesei: La secţiune ovarul prezintă imediat sub corticală numeroase chiste, pline cu un conţinut sanghin şi celule descuamate. Histologic pereţii chistelor au o structură ce se aseamănă pe alocuri cu structura mucoasei uterine.

* * *

Din descrierea observaţiunilor noastre reiese că în toate cele patru cazuri a fost vorba de *chiste perforate a ovarelor,* cu o revărsare de sânge în peritoneu. Dintre aceste chiste unul a fost un chist al corpului galben, două chiste endometrioide şi un chist cari deşi din punct de vedere histologic nu s'a putut bine defini, totuşi după consideraţiunile cari vor urma, credem că poate fi încadrat în grupa chistelor endometrioide.

* * *

Chistele corpului galben sunt cunoscute de mult timp. Numeroase discuţiuni asupra acestor chiste au avut drept subiect proveniența lor.

S'a susţinut că aceste chiste ar proveni din foliculi în atrezie şi numai excepţional din corpii galbeni.

Recent se susţine tot mai mult că proveniența lor ar fi datorită persistenţei corpului galben (Halban).

Totuşi foarte mulţi autori susţin că această persistenţă se întâlneşte numai la graviditate.

Drept cauze *etiologice* L. Fränkel pretinde că formaţiunea lor este în strânsă legătură cu un proces inflamator din jurul anexelor.

Aceasta explică şi sensibilitatea la presiune în jurul anexei respective. Cauza acestei inflamaţiuni este adeseori neclară. Astfel *Fränkl* o atribue gonococilor. *L. Fränkel* din contră susţine că infecţiunea gonococică n'are nici un rol. *Arthur Müller* crede că inflamaţia provine dela o apendicită cronică.

Pfannenstiel crede că hiperemiile cronice joacă un rol important în etiologia acestor chiste, hiperemie ce se produce prin exci-

tațiunile sexuale, tulburări circulatorii centrale sau periferice, maladii ale ficatului etc.

Vogt le atribue unor particularități constituționale, iar *Ottingen* unei disfuncțiuni ovariene.

Disfuncțiunea ovariană, susținută și de *Stephanovici*, ar duce la o maturare precipitată a foliculilor și prin urmare la formarea de chiste cu masse luteinice mari, anormale.

O indicațiune asupra prezenței disfuncțiunii ovariene ar fi după acești autori, că pe lângă chistele corpului galben se întâlnesc adeseori miome, semne de infantilism cu creșterea anormală a părului și tulburări în restul sistemului endocrin, (fenomene tireo-toxice).

Foarte interesante sunt *chistele endometrioide ale ovarelor.*

Roussel la 1889 descrie primul caz de formațiune chistică a ovarului, pe care autorul o atribue unei ectopii müllériene.

Babo contestă această origină, ca fiind un paradox din punct de vedere embrionar și crede că este vorba de-o formațiune adenomatoasă mezo-nefretică intra-ovarială.

Pick bazat pe cazurile lui *Franque*, *Neumann* și *Vassmer*, consideră aceste formațiuni ca adenomre ovariene ce provin din hilul canalelor urinifere sau din porțiuni a rinichiului primitiv, plasate discontinuu în ovarul foetal.

In aceste cazuri remarcă o traversare a ovarului cu cordoane umflate de țesut adenomatos, având aspectul identic cu al mucoasei corpului uterului. Arată de asemenea o structură absolut asemănătoare la alte 4 cazuri de „chiste șocolatii", indicând în descrierea pe care o face, semnele caracteristice ale acestor formațiuni „ciudate", propunând pentru denumirea lor terminul de „*adenoma endometrioides ovarii*".

Pfannenstiel amintește și reproduce în cartea sa de asemenea un caz similar. *Semmelink* și *Josselin de Jong* cari publică o observațiune interesantă, explică proliferațiunile mucoasei ca fiind derivate a corpului lui Wolf.

Mai recent *Sampson* s'a ocupat foarte mult cu aceste formațiuni, pe cari le-a putut pune în evidență foarte frecvent.

După experiența sa aceste chiste perforante, hemoragice (chiste șocolatii, gudronoase) a căror pereți este format pe alocuri de insule de endometriu, provin în 10—20% a bolnavelor între vârsta de 31—50 ani, la cari s'a practicat dintr'un motiv oarecare o laparatomie.

El a arătat de asemenea că aceste formațiuni prezintă modificațiuni periodice, cari se aseamănă din punct de vedere histologic cu acelea a mucoasei corpului uterin în timpul menstruațiunii.

Printre alţi autori cari s'au ocupat cu această chestiune citäm pe *Blair* şi *Bell*, care denumeşte aceste formaţiuni *endometriome* şi *endometromiome*, denumire care s'a înrădăcinat mai mult în literatură.

Publicaţiuni remarcabile au fost făcute apoi de *Oscar Frankl*, *Possatti* şi alţii, cari toate au contribuit în largă măsură la cunoaşterea acestei probleme.

Odată chestiunea cunoscută, cazurile publicate sunt din ce în ce mai numeroase. Astfel *O. Frankl* pe o statistică personală de 43 de chiste ovariene cu conţinut hemoragic întâlneşte de 26 de ori formaţiuni endometrioide, arătând astfel o cifră chiar mai mare ca cea indicată de *Posatti*.

A) Din punct de vedere *anatomo patologic*, *chistele luteinice* se prezintă ca nişte chiste desvoltate la suprafaţa ovarelor, putând ajunge la dimensiunea unei portocale (L. Fränkel).

La secţiunea lor se poate diferenţia cu ochiul liber un perete de obicei gros de 4—5 mm. constituit dintr'un strat extern conjunctiv şi un strat intern de coloraţiune galbenă sau galbenă-brună, (strat luteinic).

La microscopie chistele luteinice se împart în 4 grupe, după repartizarea stratului luteinic, epitelial, respective conjuctiv.

Fără a insista asupra caracterului microscopic a fiecărui grup în parte, vom aminti că epitelul ce tapetează aceste chiste din anumite grupe, prezintă caractere ce se aseamănă foarte mult cu un endoteliu vascular. Chistele corpului galben se confundă uneori cu chistele endometrioide a ovarului — după cum vom vedea.

B) Chistele *endometrioide*, denumite şi heterotopii endometrioide, endometrioză ovariană, chiste şocolatii etc. se împart din punct de vedere anatomic în 2 grupe:

a) forma superficială şi

b) forma profundă.

a) *Chistele superficiale* au o mărime ce variază între 1—3 mm. mai rareori 5 mm. Prezenţa lor denivelează suprafaţa ovarului, având forma unei boabe de linte, un aspect polipos, în formă de ciupercă sau chiar un aspect muriform.

Coloraţiunea lor este roşie-albăstrie până la nuanţa de negru-vineţiu;

b) *Chistele profunde* sunt în cele mai multe cazuri uni-loculare şi sunt delimitate de un perete gros. Ele pot ajunge uneori până la dimensiunea de 10 cm. diametru. (Schwarz, Crossen).

Peretele interior al chistelor este neted, catifelat. Uneori are o culoare galbenă murdară sau galben ocru, alteori o nuanţă arămie.

Schwarz insistă asupra *friabilităţii* excesive a peretelui chistelor. Sampson arată că ori de câteori este prezent un astfel de chist, trompele sunt deschise, uterul este în retro-flexie şi după Heene el este fixat şi conţine noduli miomatoşi în 14,5% a cazurilor.

La *microscopie* caracteristic pentru aceste chiste este repartizarea inegală a ţesuturilor cistogene.

In orice caz, după cum remarcă *Lauche*, există o interdependenţă între înălţimea epitelului de acoperire şi prezenţa stromei.

Glandele se deschid în lumenul chistelor. In celulele fagocitare cu un singur nucleu se observă adeseori hemosiderină în cantităţi variabile, datorită hemoragiilor dela nivelul stromei.

Epiteliul este uni-stratificat, cilindric sau cubic. Uneori se observă cili vibratili.

In unele chiste la cari stroma este reprezentată numai pe o anumită porţiune a peretelui, se constată epiteliu cilindric numai pe acea porţiune, în rest tapetarea va fi reprezentată printr'un epiteliu mai turtit. (In astfel de cazuri dacă secţiunea nu trece exact prin acea porţiune, diagnosticul este dificil Obs. Nr. III.).

Rareori se întâlneşte chiar un epiteliu stratificat. Ţesutul parietal se poate transforma într'un ţesut conjunctiv hialin, pigmentat, iar cavitatea chistului lipsită de epiteliu poate fi delimitată de un strat considerabil de celule de fagocitare de pigment, aşa că confuzia cu un chist luteinic se poate face destul de uşor. Alteori se confundă cu un chist al corpului alb.

Desvoltarea ţesutului muscular neted în vecinătatea glandelor se observă la ovar cu totul excepţional (Cazul Blair, Bell, Norris etc.)

Influinţa hormonilor ovarieni asupra ţesutului endometrioid este necontestată.

Ambele ţesuturi, glandele şi stroma iau parte, însă în mod inegal, la ciclul menstrual.

Ele prezintă atât la sarcina uterină, cât şi la sarcina tubară tabloul unei reacţiuni deciduale. Faza acestei reacţiuni corespunde în parte tabloului mucoasei corpului uterului; în parte se relevă şi abateri dela tipul clasic.

In epiteliu apare în faza premenstruală glicogen (Meyer, Breuer). De obiceiu „menstruează" numai o parte a ţesutului endometrioid (E. Novac), ţesut care nici el nu trebue să prezinte toate perioadele fiziologice.

Hemoragia apare mai întâi în ţesutul citogen învecinat, apoi în cavităţile glandelor.

Sângele revărsat dilată în decursul timpului cavităţile glandulare, transformându-le în chiste mici umplute cu sânge.

La sângele revărsat se adaugă descuamaţia epitelului necrotic; astfel conţinutul chistului devine sirupos, gudronos.

Relaţiunea dintre prezenţa ţesutului endometrioid şi activitatea hormonală a ovarelor se confirmă şi prin faptul că sistarea completă a secreţiunii foliculare exclude producerea de endometriozii.

Astfel în climacteriu urmează o regresare a proliferaţiunii endometrioide şi numai rareori o calcifiere.

De asemenea se poate observa o dispariţie completă a acestor formaţiuni, după îndepărtarea operatorie a ovarelor.

Acţiunea radio-terapică nu produce nici un efect (Westman, Thaler, Seitz) numai dacă ea acţionează direct asupra ovarelor, provocând castraţia fiziologică. In mod indirect această terapie poate provoca deci regresarea formaţiunilor endometrioide localizate în diferite părţi (cicatrice operatorie, ombilic etc.)

Complicaţiuni. Atât chistele corpului galben, cât şi chistele endometrioide pot prezinta complicaţiuni.

Complicaţiunea cea mai frecventă observată — în afară de supuraţiunea lor — este *ruptura* sau *perforaţiunea chistelor.*

Chistele luteinice — atunci când ele prezintă un perete subţire — pot să prezinte mici rupturi, fără ca să se poată preciza cauza propriu zisă al acestui accident.

In urma acestei complicaţiuni se poate produce o hemoragie abondentă în cavitatea peritoneală. Ea a fost semnalată de Adams, Bender, De Lore, Lecène, Leriche, Levi, E. Novac, De Rouville etc.

In cazul publicat de *A. P. Miller,* ruptura s'a produs în urma unui contact sexual.

Chistele *endometrioide* sunt cu deosebire expuse acestei complicaţiuni, datorită friabilităţii peretelui chistelor şi tensiunii intrachistice mereu mărite în cursul menstruaţiunii.

Sampson consideră această complicaţiune drept regulă. *Bailey* contestă însă această regulă. Cazurile noastre pare însă să confirme opinia lui Sampson.

Se pot sparge veziculele mici cu un diametru de câţiva mm., cât şi chistele de mărimea unui măr. Chistele superficiale perforează foarte de timpuriu. Ruptura se poate repeta în cazul când perforaţia se închide prin aderenţe între chist şi organele învecinate, sângele colectându-se din nou în interiorul chistului.

Inainte de-a aminti simptomele clinice, de altfel vagi şi nesigure, cari caracterizează tabloul clinic al acestor chiste perforate sau neperforate, amintim în mod cât se poate de succint teoriile cari au căutat să explice *etiologia* chistelor endometrioide.

Multiplicitatea acestor teorii arată că geneza formaţiunilor pare să nu fie unitară.

Astfel dacă *Haselhorst, Otto* şi alţii au arătat că mucoasa uterină se poate propaga prin continuitate directă în cicatricele post-operatorii, aderenţele servind ca punţi de propagare, prezenţa insulelor endometrioide în alte regiuni sau organe nu poate fi explicată pe baza aceasta.

Pe de altă parte, după cum am văzut, în geneza endometriomelor joacă un rol foarte important şi echilibrul hormonal.

Ivanoff, Lache şi alţii au emis teoria *epitelio-seroasă.*

După această teorie epiteliul seros, respective epiteliul superficial al ovarului conţine celule epiteliale dispersate, cari sunt la nivelul celulelor coelomatoase — celule cu caracter bipotenţial — având deci caracterul de-a contribui atât la formarea epiteliului seroasei, cât şi a epiteliului din canalul lui Müller.

Aceste celule se pot găsi şi în viaţa post foetală şi ele ar da naştere sub impulsul hormonal sau al diverselor iritaţiuni (mai des de natură imflamatorie) la proliferaţiuni ectopice endometrioide.

Teoria lui *Sampson.* Sampson susţine că în timpul menstruaţiunii pot pătrunde în cavit. abdominală prin extremitatea abdominală a trompelor, odată cu sângele menstrual şi fragmente din mucoasa uterină.

Aceste fragmente se pot implanta în anumite locuri şi dintre aceste locuri ovarele constitue locul de predilecţie.

In timp ce *Heim* căuta să demonstreze că fragmentele de mucoasă eliminate cu sângele menstrual sunt necrotice şi nu au capacitatea de implantare, *Caffier, Haselhorst* şi apoi *O. Frankl* studiind preparatele lui *Sampson,* au constatat posibilitatea acestei implantaţiuni.

Heim admite însă posibilitatea unei transplantări în cursul intervenţiei operatorii.

Meyer crede că în urma rupturii, chistele endometrioide pot produce însemânţări peritoneale.

Teoria lui Halban. Halban crede în posibilitatea producerii formaţiunilor endometrioide pe cale metastatică. In ultimul timp teoria lui Halban a câştigat numeroşi aderenţi ca Wolff, Mankin şi alţii.

Teoria aceasta se bazează mai mult pe consideraţiuni de ordin teoretic, deoarece până în prezent nu s'au putut evidenţia focare endo-limfatice.

Alte teorii mai puţin atractive au fost enunţate de *Opitz, Schiller,* după cari endometriomele s'ar forma din endoteliul limfatic şi în fine *Heim* pretinde că proliferaţiunile endometrioide cicatriciale eterotope ar proveni din resturile mezenchimului embrionar.

Simptomatologia chistelor luteinice şi endometrioide este în general foarte redusă.

Unii autori pretind că chistele corpului galben evoluează cu amenoree, traducând desvoltarea şi persistenţa corpului galben.

Alţii ca *Halban* şi *Klinker* semnalează metro şi menoragii sau alternanţă între metroragii şi amenoree (Stephanowitsch).

Sterilitatea este semnalată deasemenea, ca fiind datorită unei tulburări a endometriului şi a ovarelor. *Bingel* observă chiar o masculinizare într'un caz. Prezenţa chistului luteinic nu exclude totuşi graviditatea. In astfel de sarcini se observă însă o desvoltare încetinită a foetusului.

Halban îndepărtând prin intervenţie operatorie ovarul chistic n'a observat nicio tulburare în evoluţiunea ulterioară a sarcinii, „cu tot rolul protector al corpului galben asupra ovulului fecundat".

S'au mai observat dureri periodice recidivante (Klinker) şi uneori dureri asemănătoare cu durerile sciatice ce iradiază în coapse (L. Fränkel).

Simptomele *chistelor endometrioide* sunt uneori mai alarmante. Ele se manifestă prin dureri, mai ales în starea de plenitudine a vezicei, înainte sau în timpul defecaţiei.

Durerile pre-menstruale, dar mai ales durerile menstruale acompaniate de tenesme vezicale, cu dureri difuze în etajul abdominal inferior, par să fie caracteristice chistelor şocolatii a ovarelor.

Fenomenele sunt uneori proprii prezenţei chistelor, alteori sunt explicate prin aderenţele dintre chist şi organele învecinate.

Perforaţiunea chistelor cu revărsarea conţinutului lor în cavitatea peritoneală şi hemoragia din peretele chistic, provoacă o reacţiune peritoneală.

In toate cazurile noastre simptomatologia a fost foarte asemănătoare cu aceea a apendicitei acute. Fenomenele au coincidat exact cu perioada de menstruaţiune, ceeace a complicat foarte mult tabloul clinic.

In antecedentele bolnavelor noastre am întâlnit durerea lombară şi dureri abdominale foarte acentuate, cu apariţiune periodică, dureri cu intensitate mult mai mare în ultimul timp. Această intensitate a durerilor pare să fie în legătură cu desvoltarea chistelor.

La un moment dat — şi totdeauna dependent de apariţia menstruaţiunii — durerile abdominale se accentuează, ele au mai mult o localizare în hipogastru, dar mai ales în fossa iliacă dreaptă cu o intensitate maximă în punctele apendiculare. Concomitent apar şi alte fenomene reflexe de iritaţiunea peritoneală, ca greaţă şi uneori vărsături repetate, incoercibile.

Aparițiunea acestor semne supra-adaugate echivalează desigur cu momentul anatomic al rupturii chistelor și cu revărsarea conținutului lor în cavitatea peritoneală.

Cum de obiceiu conținutul acestor chiste este redus, simptomele alarmante la început, se atenuează treptat, ca să reapară din nou cu fenomene de slăbire generală, mici lipotimii și o paloare a tegumentelor și a mucoaselor, fenomene datorite hemoragiei lente, dar progresive, din peretele chistului perforat.

Durerile din umărul drept, întâlnite în obs. 3-a le-am interpretat după intervenție ca semnul clasic a lui *Lafont*.

La examenul obiectiv al bolnavelor se remarcă desigur semne de anemie. Aceste semne nu sunt însă prea accentuate, din motivul că inundația peritoneală se produce lent și nu ajunge la cantități prea mari. (200—350 gr. în observațiunile noastre).

Examenul local indică o sensibilitate abdominală difuză la început, apoi mai pronunțată în hipogastru, însă maximă pe punctele apendiculare.

Defensa musculară am întâlnit-o localizată pe jumătatea dreaptă a musculaturii abdominale, mai ales la nivelul fossei iliace drepte.

Interpretăm această localizare a defensei și a durerilor la dreapta — chiar și la chistele din stânga — ca fiind produsă de reflexul parieto motor (Zahari Coope) al conținutului chistic și al hemoragiei, care crescând progresiv în cantitate, la contact mult mai ușor și mai repede cu peritoneul fossei iliace drepte și a peritoneului parietal anterior drept, în stânga colonul sigmoidian și iliac protejând prin prezența lui peritoneul parietal.

Defensa musculară este de intensitate mijlocie, obicinuită colecțiunilor sanghine intra-peritoneale.

Sângele intra-peritoneal este de obicei liber. Este remarcabilă lipsa aproape completă a coagulilor sanghini, ceeace se explică desigur prin faptul că coagulabilitatea sângelui este scăzută în timpul menstruațiunii.

Examenul genital nu se poate face de cele mai multe ori din cauza menstruației. De altfel acest examen nu arată decât o ușoară sensibilitate a fundului de sac respectiv, o sensibilitate a Douglasului, care este ușor depresibil.

Diagnosticul trebue făcut în afară de apendicita acută cu o intoxicație, cu ocluzia intestinală, cu colica nefritică sau cu colica biliară (Obs. III).

Tratamentul constă în extirparea ovarului chistic, sau mai bine ținând seama de teoria lui Sampson, precum și de faptul că în chistele șocolatii ale ovarelor, trompa este deschisă în spre cavitatea

abdominală din aceeaşi parte, este recomandabil a se face salpingo-ovarectomia. Desicarea cavităţii peritoneale este foarte importantă. Drenajul Douglasului pentru 48 de ore este util.

Dacă ne dăm seama că în intervalul de timp dela 1932—1938 au fost consultate şi operate în clinica chirurgicală din Cluj peste 750 de cazuri de apendicite acute la femei şi că numai în 4 cazuri am constatat drept „surpriză operatorie" existenţa acestor chiste, ajungem la concluzia că confuzia între aceste chiste perforate şi apendicită este foarte rară.

Diagnosticul preoperator nu s'a pus în nici unul dintre cazurile noastre. Cunoscând însă mai bine simptomatologia şi mai ales acordând mai multă importanţă faptului că fenomenele alarmante survin în timpul menstruaţiunii, este bine ca să ne **gândim** şi la această afecţiune.

Astfel în capitolul nenumăratelor afecţiuni abdominale, pelviene etc., care evoluează cu repercusiuni asupra fossei iliace drepte, trebue să încadrăm pentru viitor şi chistele luteinice şi în special chistele endometrioide perforate ale ovarelor.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

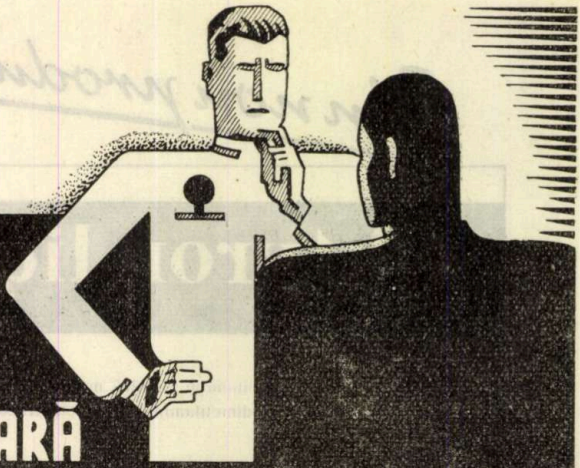
Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.

10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul gol

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, București 3.

„CHINOIN"



Singurul preparat
chimioterapeutic
in toate cazurile de

TUBERCULOZĂ EXTRAPULMONARĂ

Rubrophen

INJECȚIUNI - DRAGEURI - POMADĂ

EXCLUSIVITATEA: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREȘTI I STR. SFT. CONSTANTIN Nº4

TERAPEUTICA
STIBIATA
INTRAMUSCHIULARA
PRIN

ANTHIOMALINE

Antimonio-Tiomalat de litiu

SOLUTIE APOASA TITRAND 6 % SARE (0,01 gr. de Sb pe cc.)

Cutii de 10 fiole
de 1 cc. şi 2 cc.

PREZENTA SULFULUI
IN MOLECULA

INJECTII INTRAMUSCHIULARE

Toleranţă locală şi
generală excelentă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)

LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE
HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECŢII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon - Paris - 8ème

SPECIA

Centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj.
Director: Docent: Dr. Axente Iancu, Inspector General Sanitar.

Profilaxia şi tratamentul rachitismului.

De Docent Universitar **Dr. Axente Iancu.**

In cadrul operei de combatere a mortalităţii infantile, trebue să acordăm cea mai serioasă atenţiune profilaxiei şi tratamentului rachitismului, din motive uşor de înţeles şi pe care le vom aminti în expunerea conferinţei noastre actuale. [1])

Rachitismul mai demult a fost considerat nu odată ca şi reprezentând o afecţiune ce s'ar întâlni exclusiv în oraşele mari, cu o populaţie densă, dispunând în acelaş timp de numeroase fabrici, cu o atmosferă confinată şi cu un aer viciat şi mai cu seamă lipsit de razele solare, Anglia, Germania, America etc. Poate că formele bine exprimate, dispunând de o simptomatologie pronunţată cu deformaţiunile osoase impresionante şi clasice au putut fi întâlnite cu precădere în condiţiunile mai sus menţionate. De când însă ştiinţa pediatrică, întovărăşită de ramurile ştiinţelor învecinate printre cari locul prim îl deţin radiologia şi biochimia au făcut progrese importante şi de când ne-am obişnuit a lua în considerare chiar şi simptomele incipiente ale afecţiunii, de o covârşitoare importanţă şi ele pentru ivirea complicaţiunilor, ce pun la fel în pericol vieaţa sugarilor atinşi, frecvenţa rachitismului este considerată ca fiind foarte mare nu numai în mediul marilor oraşe industriale, ci şi în cel al târgurilor, ba chiar şi în mediul vieţii dela ţară. Pentru ilustrarea frecvenţei rachitismului citâm numai următoarele câteva date statistice: La congresul de pediatrie ţinut în anul 1930 la Stockholm, *A. Hess* raportează 2/3 a sugarilor sunt rachitici. *Wieland* (Basel) susţine că la latitudinea noastră geografică mai bine de 80 : 100 dintre sugari devin în cursul primului an al vieţii în mod trecător rachitici.

[1]) Conferinţă ţinută la 22 Oct. 1937 în cadrul celui de al 2-lea *Curs de perfecţionare în Puericultură, organizat de Centrul pentru ocrotirea copiilor din Cluj,* ca delegat al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale (cu ordinul 68.102 din 21 Aug. 1937) cu concursul Fac. de Medicină pe seama medicilor din plasele sanitare rurale aparţinând Inspectoratelor Sanitare Cluj şi Sibiu.

Scheer afirmă că 60 : 100 a sugarilor suferă de rachitism. *Chabrun*, la îndemnul profesorului *P. Lereboullet* examinând la radiografie sistemul osos al ipotroficilor internaţi în serviciul clinicei *Parrot*, de sub conducerea celui din urmă, constată leziuni de rachitism incipient ori manifest în 60% a cazurilor. Mai ţinând socoteală şi de faptul că 74 : 100 a copiilor internaţi în vârstă de 5—12 luni, au prezentat sindromul de ipotrofie, putem sesiza pe deplin frecvenţa impresionantă a rachitismului printre sugari distrofici, fapt constatat de altfel la noi de către Drii *Axente Iancu* şi d-na *Benetato*, cari cu ajutorul examenului biochimic au putut confirma faptele stabilite la Paris de către prof. *Lereboullet şi Chabrun* cu ajutorul investigaţiilor radiologice. Pentru o mai amplă documentare asupra datelor statistice concernând frecvenţa rachitismului printre sugari să se consulte lucrarea : *Docent Dr. Axente Iancu: Actualităţi în Puericultură şi Pediatrie*, Cluj, 453 pag., cu o prefaţă de *Prof. Dr. Titu Gane*. Mai mulţi dintre foştii şi actualii noştri colaboratori au adus o contribuţie interesantă, confirmând şi ei constatările noastre iniţiale asupra frecvenţei rachitismului la noi în ţară. Rachitismul mai prezintă o afecţiune care agravează situaţia stării de sănătate. a sugarilor, augmentându-le frecvenţa morbidităţii. Complicaţiunile cele mai de temut sunt provocate de broncho-pneumoniile consecutive boalelor infecţioase, dând fenomene catarale ca : pojarul, tusea convulsivă, gripa etc. *Möller şi Pfaündler*, pentru străinătate, iar *Dr. Ax. Iancu*, pentru ţara noastră, au semnalat că sugarii rachitici sunt de 6 ori mai periclitaţi în raport cu cei nerachitici, după primii din cauza broncho-pneumoniilor consecvente rugeolei, iar după cel din urmă şi din cauza aceleiaşi complicaţiuni determinată de tusea convulsivă. Azi se poate susţine deci, că pojarul, tusea convulsivă şi gripa, periclitează de 6 ori mai mult vieaţa sugarilor rachitici, prin frecvenţa urcată şi evoluţia mult mai severă a broncho-pneumoniilor, de unde mai rezultă că profilaxia şi tratamentul rachitismului la sugari, constitue în acelaş timp mijlocul cel mai potrivit şi cel mai logic şi eficace în lupta pentru combaterea broncho-pneumoniilor din aceeaşi fragedă vârstă (vezi şi *Docent Dr. Axente Iancu : Profilaxia actuală a broncho-pneumoniilor la sugari*, conferinţă inaugurală, ţinută la 16 Dec. 1934 la Cursul medicilor din Timişoara organizat de „Colegiul Medical“ şi publicată în *Clujul Medical* Anul XVI. Nr. 11, 1 Nov. 1935, pag. 568, Ref. în *Mişcarea Medicală Română*, Anul IX., Nr. 1—2 1936, pag. 114).

In simptomatologia rachitismului deosebim o simptomatologie clinică, una radiologică şi una bio-chimică.

Fără să insistăm asupra complexului întreg de simptomatologie clinică, bine cunoscut de altfel în practica pediatrică şi chiar medicală curentă, dorim să atragem atenţiunea în mod deosebit asupra craniotabesului (natura rachitică a craniotabesului este contestată de anumiţi autori: din punct de vedere practic, noi credem însă că nu greşim, când în general craniotabesul îl considerăm drept un simptom incipient de rachitism) şi asupra transpiraţiunilor produse în special în somn şi în decursul sugerii şi mâncării, cari îndreptăţesc instituirea unei profilaxii ori mai bine zis a unui tratament antirachitic precoce.

Referitor la controlul radiologic, amintim doar, că ele prezintă o valoare importantă în cursul evoluţiei boalei. El mai prezintă însă şi neajunsul că rezultatul examenului radiografic nu odată este negativ în faza incipientă a boalei şi că rezultatul controlului radiologic mai este supus aprecierilor subiective ale radiologilor şi deci el poate varia dela radiolog la radiolog. Totuşi examenului radiologic în diagnosticul rachitismului îi revine actualmente o mare importanţă şi numai lipsei unui control radiologic se datoreşte faptul că *Hess* şi *Unger*, cari deşi cu 2 ani mai repede decât *Huldschinsky* au angajat cercetări în domeniul terapeuticei rachitismului cu razele ultra-violete, nefăcând apel la examenul radiologic, tratamentul actinoterapic al rachitismului se leagă de numele celui din urmă.

Controlul biochimic ne aduce şi el posibilităţi interesante în punerea diagnosticului rachitismului. Ca-l din serul sanguin în împrejurări normale este de aproximativ 10 mg. % (9—11 mg. %) iar fosforul anorganic din ser este de 5 mg. % la copii. Ca-l de regulă este normal (nu întotdeauna însă) în rachitism, iar fosforul anorganic este de regulă scăzut în rachitism. Ipofosfatemia nu constitue însă un apanaj exclusiv al rachitismului, vezi şi *Prof. A. B. Marfan:* L'hypophosphatemie est elle le stigmate sanguin essentiel du rachitisme? *Le Nourrisson* Nr. 4, Juillet 1932, pag. 214.

Din produsul dintre Ca şi Ph şi din coeficientul aceloraşi elemente, s'a ajuns la stabilirea unor indicii, cari ne pot servi în aprecierea existenţei ori neexistenţei rachitismului în cazurile date. Aşa în împrejurări normale (Ca) 9—11 mg. % şi Ph (anorganic), 4,5—5 mg. % (Ca x Ph = 40). Peste 40, existenţa unui rachitism florid se poate exclude: între 30—40, existenţa unui proces rachitic acut este probabilă, iar produsul sub 30, pledează pentru existenţa unui rachitism florid. *(Howlan şi Kramer*, vezi şi Prof. Dr. György: Die Behandlung u. Verhülung der Rachitis und Tetanie. Berlin, Springer 1929).

Frecvența cea mai mică a rachitismului este în regiunile tropicale și în cele arctice, iar cea mai mare se întâlnește la 40°—60° latitudine geografică. In Indii populația infantilă săracă este mai cruțată de rachitism, în raport cu cea provenită din straturile sociale mohamedane materialicește mai bine situate, acestea din urmă observând cu strictețe „sistemul Purda", în sensul căruia mamele împreună cu sugarii lor se retrag și trăiesc în camere întunecoase și neaerisite. Din aceste constatări rezultă că în patogenia rachitismului joacă un rol important și anumiți factori climatici *(Woringer,* consideră rachitismul ca fiind datorit unei carențe de lumină (raze ultraviolete). Tot carenței de lumină i-se mai atribue și faptul, că frecvența cea mai mare a rachitismului se întâlnește primăvara, *Moro* vorbind de o „culme" primăvăratică („Frühlings-gipfel"). Frecvența foarte redusă a rachitismului în regiunile arctice se datorește ingestiei unturei de pește, așa că la aparență teoria carenței luminei își găsește o rivală în teoria vitaminică, rachitismul fiind considerat drept o avitaminoză. Noi considerăm că cele două teorii se completează reciproc. Regimul joacă un rol de primul ordin. Supraalimentația favorizează producerea rachitismului; subalimentația calitativă (deci regimul desechilibrat) de asemenea. Sugarii alăptați la sân, fac mai rareori rachitism și atunci ei prezintă aspecte mai puțin accentuate, deși laptele de mamă conține într'o concentrație foarte mică numai, factorul antirahitic *(Lesné și Vagliano,* vezi și *E. Lesné și de Gennes:* Le rachitisme et la tétanie, Gauthier-Villars, Paris 1932).

Lipsă de lumină, lipsă de vitamine, factorii vătămători ai mediului împrejmuitor, ca: restricțiune mișcărilor, spațiul redus al locuinței, alimentația unilaterală, adesea cu alimente denaturate sau „conservate", ingresarea etc. constituesc tot atâtea elemente importante în patogenia rachitismului. Atât în profilaxia, cât și în tratamentul rachitismului se impune să ținem seamă de existența lor și să-i remediem.

Mijloacele profilactice și terapeutice cele mai importante în combaterea rachitismului sunt următoarele:

Iradiarea directă cu *raze ultraviolete* (atențiune în cazurile de rachitism asociat cu tetanie, când se poate produce o accentuare a stării de alcaloză și o accentuare a tetaniei, până la moartea subită) ori prin expunerea la acțiunea razelor solare naturale, profilaxie și tratament ce pot veni în combinație în deosebi în lunile de vară. Pentru o profilaxie generală în masă iradiațiunile prin razele ultraviolete prezintă însă mai multe inconveniente, printre ceri amintim următoarele: ele constitue un mijloc prea costisitor, reclamă depla-

sări, prezintă dificultăţi de multe ori de neînlăturat în mediul rural unde nu există curent electric; mai se opun nu odată şi anumiţi factori psihologici.

Neajunsurile amintite mai sus se atenuează în parte prin apelul la *iradiaţiunile indirecte*, când anumite substanţe inerte se activează prin expunerea lor, influenţei razelor ultraviolete, achiziţionându-şi anumite proprietăţi antirachitice; aşa se „iecorizează" laptele de vacă, pe lângă excluderea oxigenului atmosferic, apoi laptele de vacă pulverizat (pudra de lapte) ca Dryco în America, Ravix în Elveţia şi Ultractina în Germania, etc. Inconvenientul lor constă însă între altele şi în faptul că sunt mai costisitoare, urcându-se chiar până la costul de 4 ori cel al laptelui proaspăt şi netratat. Diferitele preparate de *ergosterină iradiată* ca Vigantol, Radiostol, Vitadon (A + D), Decufer, Calcigenol-Iradiat, Opocalcium iradiat, untura de peşte (cu fosfor), vivoleol, vigantol în untură de peşte etc.

In timpul din urmă noi am utilizat *Vitadonul*, care conţine atât factorul A, cât şi factor D antirachitic, ce poate fi administrat atât pe cale orală, cât şi pe cale de injecţiuni. Doza zilnică pentru sugari este câte 20 de picături pe zi, în doze fracţionate, în special la sugarii manifestând tendinţe la diaree şi câte 1 injecţie de 2 cmc. de 2 ori pe săptămână. Este binecunoscut în timpul din urmă avantajul pe care-l prezintă asociaţia factorului D cu factorul A, cel din urmă atenuând în mod considerabil toxicitatea constatată după administrarea izolată a factorului D.

Efectele profilactice şi terapeutice ale vitadonului au fost controlate atât chimic, cât şi biochimic.

Reproducem 3 foi de observaţie, din care se poate citi următoarele: Copilul Deştet (vezi foaia de observaţie) aflându-se într'o stare de uşoară infecţie, cu stări subfebrile, după 1 săptămână de staţionare sub raportul creşterii în greutate, după administrarea a câte 20 picături de Vitadon timp de 3 şi $^1/_2$ săptămâni, prezintă o curbă de creştere în greutate, care în mediul de colectivitate poate fi considerată ca fiind extrem de mulţumitoare.

Aceeaşi frumoasă creştere în greutate se observă şi la copilul Bonca (vezi foaia de observaţie) a cărei început de ascensiune coincide cu instituirea tratamentului cu vitadon.

O creştere în greutate asemănătoare se înregistrează şi la Bogdan (vezi foaia de observaţie) unde credem însă că ameliorarea cel puţin în parte revine şi augmentării raţiei alimentare, precum şi notei de variaţiune introdusă în regim.

Alte date culese din observaţiunile noastre:

1. Copilul B. St. a crescut dela 12 IV.—7 VI. dela 3100 gr.—4460 gr. prezentând scaune bune;

2. Copilul Vl. V. în vârstă de 5½ luni, dela 10 IV,—21 IV. a crescut 80 gr. către sfârşit scaunele au devenit grunzoase;

3. Copilul N. O. născ. la 15 XI. 36 primeşte un tratament polivalent cu următoarele preparate variate:

viosterină: 2×5 picături pe zi, dela 24 I.—22 II; vigantol: 2×5 picături pe zi; dela 6 III.—20 IV.; decufer: 3×1 tablete pe zi; dela 21—23 IV.; *vitadon:* 20 picături pe zi: dela 24 IV.—27 IV.; vigantol: 3×5 picături pe zi: dela 28 IV.—3 V.; vigantol 4×5 picături pe zi: dela 4 V.—7 V.; 5×5 picături pe zi: dela 8 V.—12 V.; 3×5 picături: dela 13 V.—25 V.; 4×5 picături pe zi: la 26 V.; 3×1 drageuri dela 27 V.—7 VI.; 4×1 drageuri la 8 VI.; *6 injecţii de vitadon tot la 2 zile:* dela 9—19 VI. începe să crească abia din 19 III., până aci creşterea slabă, stări febrile, infecţii parenterale. De aci începând creşterea este mulţumitoare dela 4400 gr.—6400 gr. La 4 VIII. apariţia dinţilor incisivi mediani inferiori (la vârsta de 8 luni şi 3 săptămâni);

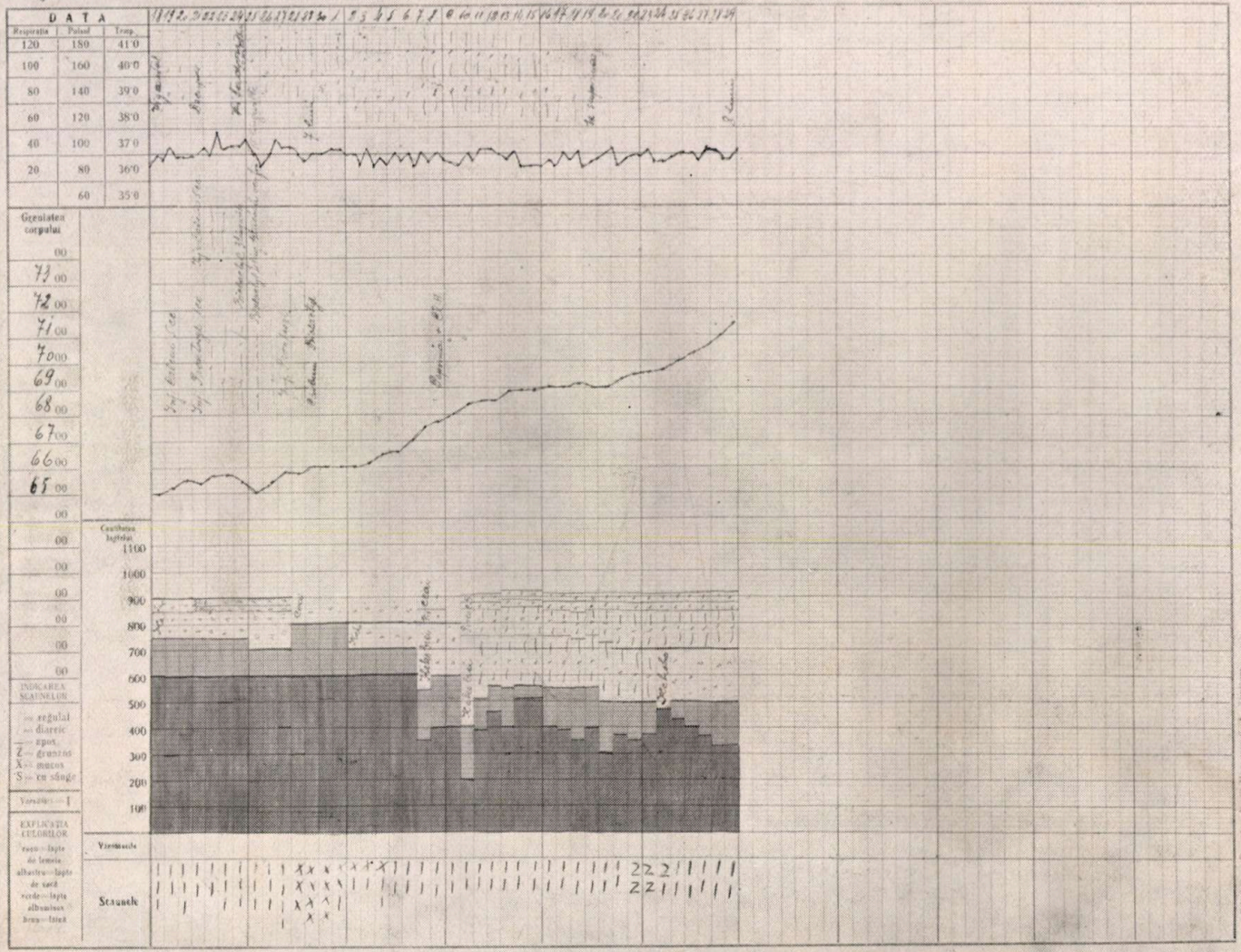
4. Copilul Tr. I. născ. la 22 XII. 936:

primeşte dela 10 IV.—24 IV. Vigantol 2×5 picături pe zi, crescând în greutate dela 4900—5250; şi se administrează *vitadon în doza de 20 picături* pe zi dela 25 IV.—12 V. crescând în greutate în intervalul de timp, dela 24 IV.—6 V. dela 5250—5480 gr. când face scaune rele; primeşte vigantol dela 13 V.—23 V. de 2×5 picături pe zi, iar dela 24 V.—27 V. câte 3×5 picături pe zi, iar dela 28 V.—9 VI. 2×1 drageuri, în care interval de timp creşte în greutate abia dela 5300—5460 gr.; supus unui tratament cu *vitadon în injecţii de câte 2 cmc.* creşte în intervalul de timp dela 10 VI.—20 VI. dela 5460 gr. la 5800 gr. continuând apoi să crească mereu chiar şi după suprimarea vitadonului timp de patru săptămâni cât a fost urmărit în cazul acesta vitadonul atât sub forma picăturilor administrate pe cale orală, cât mai ales sub forma injecţiunilor, s'a prezentat sub aspectul creşterii în greutate a sugarului, superior chiar vigantonului.

5. Copilul D. Al., născut la 29 IV. 1936; primeşte dela 16 I. 937—23 I. 2×2 picături viosterină, iar dela 24 I.—25 II. de 2×5 picături pe zi, augmentând în greutate dela 4450 gr.—5320 gr.; dela 8 III.—20 IV., i se administrează vigantol: 2×5 picături, crescând în greutate dela 5620—6580 gr. dela 24 IV.—18 V., i se dă *vitadon* câte 20 picături pe zi, crescând în greutate dela 6540 gr.—6900 gr.

Copie

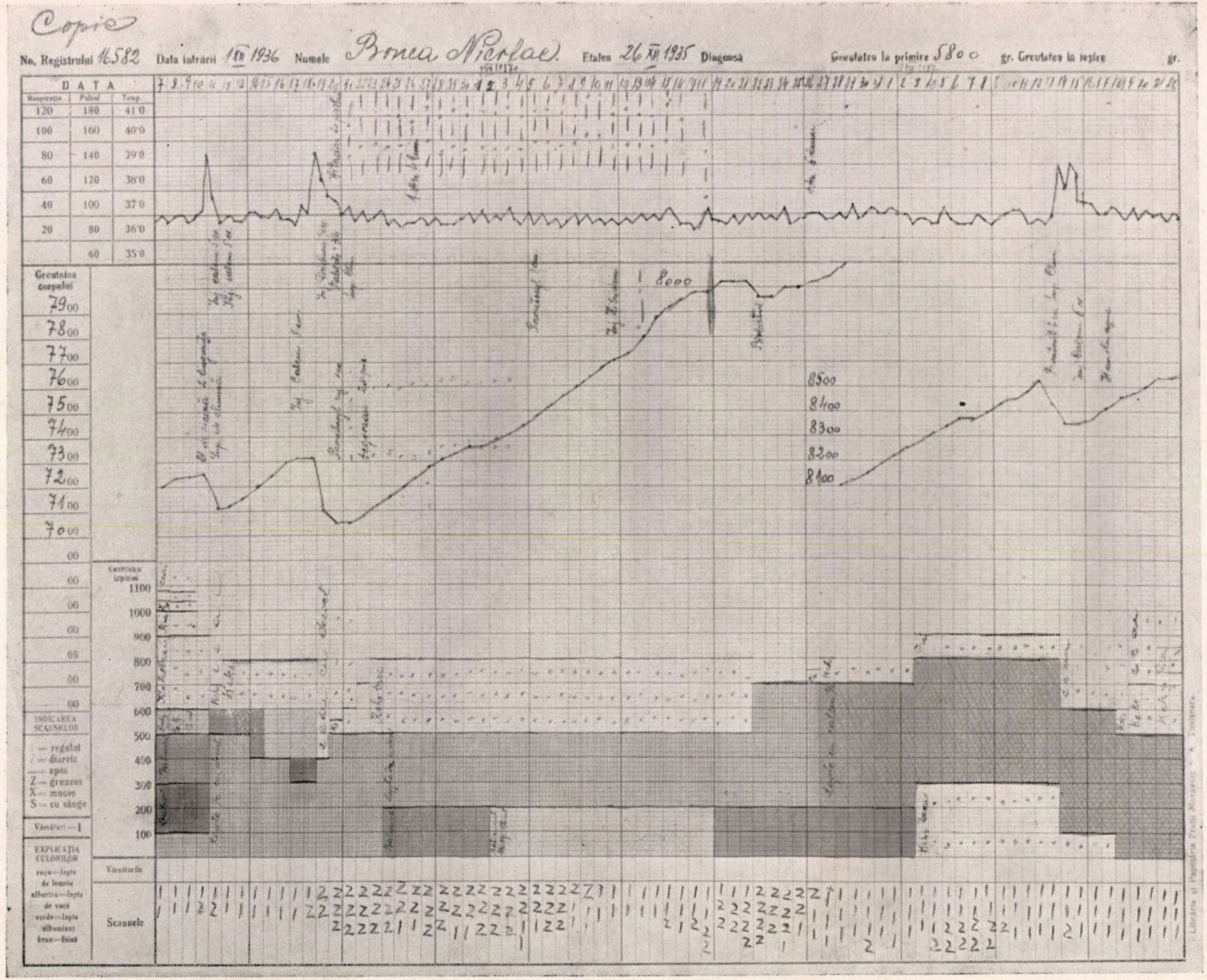
No. Registrului 16581 Data intrării 29 II 936 Numele Drestel Alexandrina Etatea 29 II 1936 Diagnosa Greutatea la primire 3790 gr. Greutatea la ieşire gr.



Librăria şi Papetăria Fraţii Mercurev S.A. Bucureşti

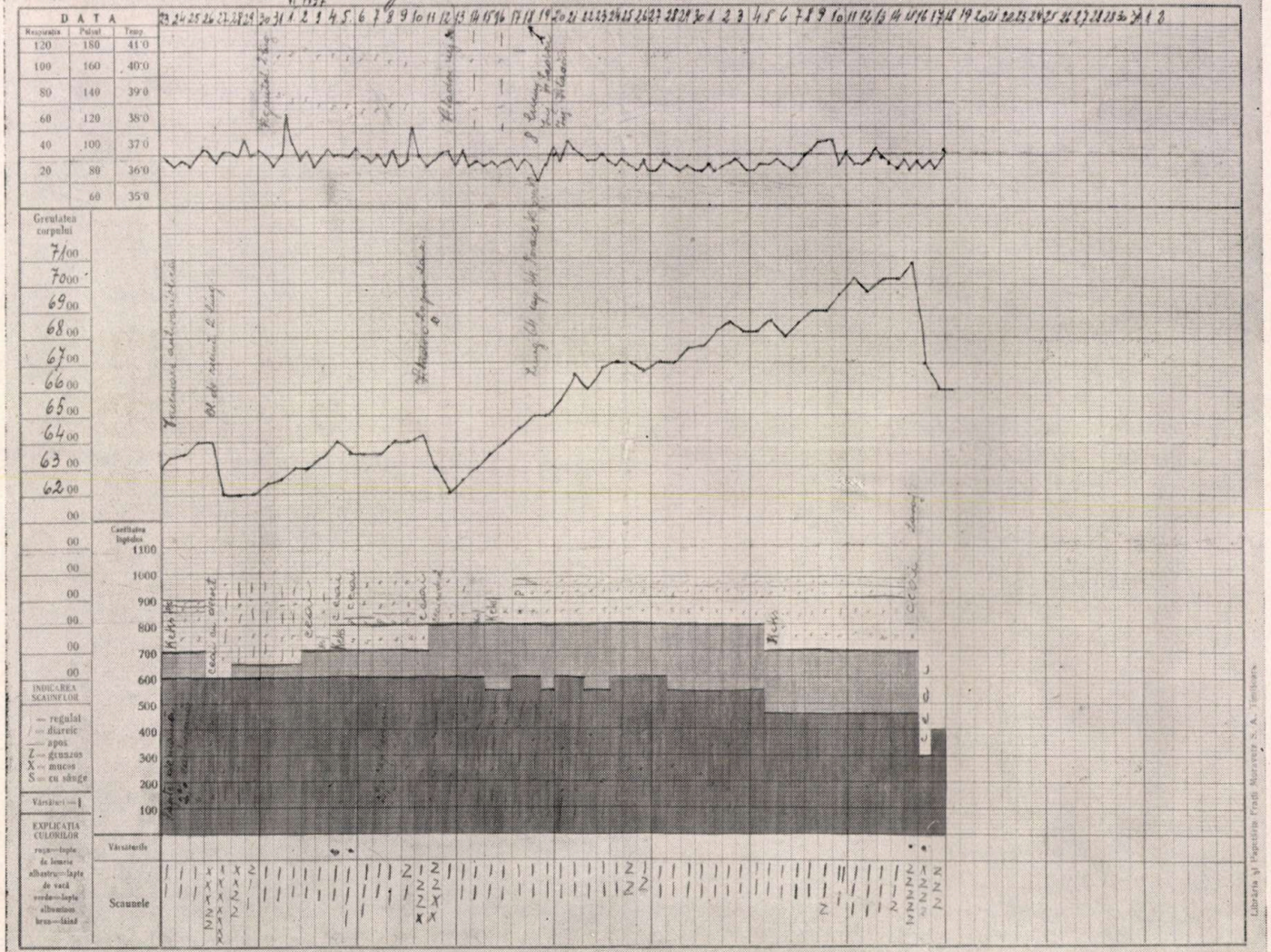
Copie

No. Registrului 16582 Data intrării 15 XI 1936 Numele Bonea Nicolae Etatea 26 XII 1935 Diagnosă Greutatea la primire 5800 gr. Greutatea la ieșire gr.



Copie

No. Registrului 16571 Data intrării 2 XI 1936 Numele Bogdan Octavian Etatea 18 X 1936 Diagnosa Greutatea la primire 3200 gr. Greutatea la ieşire gr.



Librăria şi Papetăria Fraţii Moravetz S. A. Timişoara

6. Copilul M. I. născut la 2 IV. 1936, un distrofic constituțional, („enfant de petite taille" *Nobécourt)* începând dela 7 IX.—17 IX. primește câte 2×2 linguriță calcigenol iradiat, iar din 18 IX.—3 XII., câte 2×3 linguriță de cafea, crescând în greutate dela 3100—3300 gr.; dela 4 XII.—18 XII. i se administrează viosterină; 2×2 picături pe zi, greutatea corporală rămânând staționară; dela 17 I.—23 I. primește câte ½ linguriță de vigantol Lebertran, urcându-se în greutate dela 3150 gr. abia la 3200 gr.; iar la 9 IV. i se face o injecție cu vitadon, pentru ca din 12 IV.—12 V. să i se dea zilnic pe cale orală câte 20 picături pe zi, urcându-se în greutate dela 4300—4600 gr. Creșterea în greutatea corporală a sugarului este superioară pentru perioada de timp când i s'a administrat vitadonul.

7. Copilul K. I., născut la 27 X. 1937, primește dela 16 I.—21 I., câte 2×2 picături, iar dela 22 I.—19 II., câte 2×5 picături de irrasterină pe zi, crescând în greutate dela 4760 gr.—5050 gr.; dela 17 III.—12 V. vigantol câte 2×5 picături pe zi prezentând o creștere în greutate dela 5380—6030 gr.; dela 25 VI.—15 VII. *vitadon* de 2×10 picături pe zi, greutatea-i corporală urcându-se dela 6220 gr.—6580, pentrucă dela 16 VII.—9 VIII., sub acțiunea de 2×5 picături zilnice de vigantol greutatea corporală să rămână staționară la 6600 gr. Și în cazul de față acțiunea vitadonului în comparație cu cea a celorlalte preparate similare și apreciată după creșterea în greutate, s'a prezentat superioară.

Controlându-se și efectul bio-chimic al vitadonului în 4 cazuri, s'au înregistrat următoarele valori:

	la 10 VI. 1937		la 22 VI. 1937	
	Ca	Ph	Ca	Ph
Bogd.	11.8 mgr.%	2.5 mgr.%	11.0 mgr.%	2.8 mgr.%
Tr.	11·5 „	3.4 „	11.4 „	3.6 „
Năd.	12.0 „	3.1 „	12.0 „	3.3 „
Dl. Dick.	12.4 „	5.2 „	12.7 „	4.5 „

Primii trei au primit injecții de câte 2 cmc. vitadon tot a 2-a zi, iar ultimul a primit vitadonul sub forma de picături perorale 2×10 picături pe zi. Primii trei încă în decurs de 12 zile au prezentat o ușoară augmentare a fosforului anorganic, de unde rezultă acțiunea indiscutabilă a vitadonului asupra ipofosfatemiei, atât constatările clinice, cât și cele biochimice pledează în favoarea acțiunii antirachitice a vitadonului.

Alte metode de tratament în rachitism mai sunt și următoarele: evitarea alimentației unilaterale cu lapte. După *Jundell* o ușoară sub-

alimentaţie (câte 60—70 calorii pe 1 kgr. greutate corp) ar fi indicată; apoi organo şi hormono-terapia adrenalina, pitu-thymoglandol etc.) Profilaxia rachitismului la copii a fost încercată şi prin intermediul organismului mamei lăsând ca gravida să ingereze cu precauţiune doze mici de substanţe iradiate. Procedeul nu a fost de natură să evidenţieze efecte profilactice şi terapeutice certe. La fel a mai fost încercat acelaş procedeu de iradiere indirectă şi a laptelui de vacă. Din punct de vedere practic rezultatele profilactice şi terapeutice sunt identice cu cele amintite în legătură cu laptele matern. Se recomandă totuşi mai recent ca vacile cari dau lapte pentru copii, să fie lăsate la păşune, să se hrănească şi cu iarbă verde — pe vremuri exclusă completamente din regimul lor din cauza pshihiltăţii instalării diareilor — şi în bătaia soarelui (adică a razelor ultra-violete).

SENNA-CARBON

TABLETE

Conținut	Indicație	Doza
Folia Sennae plv. Fel Tauri depur. Carbo depur. Sulfur depur. Ol. Foeniculi & Menthae	Constipație acută și cronică, Gastrite, Gastro-enterite, Intoxicațiuni alimentare	1 – 3 tablete după fiecare masă

CALMAROL

SIROP

Medicație sedativă pentru sistemul nervos cu

2 gr. Natrium-Phenobarbit
2 „ Analgesină
5 „ Natrium bromat
1 „ Tra Valeriana spirtosa
1 „ Extr. Passiflorae
pentru 150 gr. sirop

3 linguriţe pe zi, înaintea meselor.
In caz de insomnie, 1 lingură la culcare

Medicamentul să se ia în puţină apă

Preparate:

HYGEA S. A. R. CLUJ

Laborator pentru produse chimice şi farmaceutice

La turburări de echilibru şi neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase şi depresive, Basedow şi cazuri basedowoide şi migrene etc.

BELLERGAL

Combinaţie de Bellafolină, Gynergen şi Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineaţa unul la dejun şi 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 şi 100 drageuri

Reprezentanţi pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102, Bucureşti I.

Drogueria „Royal"
Piaţa Unirii 26, Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveţia)

pe cale bucală

SEPTAZINE

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV
Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE: *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p: Y fenilpropilaminol fenil sulfamid α - Y disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Soluţie cu 6 % sare
INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE
Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE: *10 la 20 cc. pro die*

TRATAMENTE ASOCIATE *pe cale bucală şi parenterală*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

ODETTE ZÉAU

Vaccinarea cu B. C. G. în comunele rurale ale județului Brașov, în anul 1937.

De **Dr. Nistor Pompiliu,**
medic primar județean.

1. Data dela care se aplică vaccinațiunea este de 1 Iulie 1930.

2. Până la 1936 inclusiv s'au vaccinat 13.975 copii, iar revaccinați, la 1—3 ani, au fost 8865 de copii.

3. In anul 1937 s'au vaccinat 2549 copii din 3164 născuți vii, adecă o proporție de 80.3% din născuți. Nevaccinați au rămas 622, adecă 19.7% din născuți.

In 1937 nu s'au făcut vaccinări în 3 comune (Sirnea, Peștera, Măgura), unde neavând nici moașă comunală nici agent sanitar, nici soră de ocrotire și care fiind comune mici, de munte, cu circulația grea, nu am avut niciun personal de încredere care să facă vaccinarea.

In aceste 3 comune s'au născut 92 de copii și a fost o mortalitate infantilă de 14 copii, = 15.2% din născuți; față de media de mortalitate infantilă pe 1937 pe județ, care e de 11.2%, această mortalitate este mult crescută.

4. Proporția de vaccinări din totalul copiilor născuți — după cum se vede din tabela anexată — este pe județ de 80.3%.

Această proporție este mărită în 9 circ., mai ales în cele dela șes, ajungând la maximul de 97.7% în circ. Râșnov și este mai scăzută în 6 circ., din care 4 sunt la munte și dealuri, iar două la șes. Dintre cele cu proporția scăzută, cea mai mică proporție o are circ. Moeciu, cu 56.5%; această circ. are 6 comune, toate de munte, din care se face vaccinarea în 3 comune, cu 80% din născuți și nu se face în 3 comune amintite mai sus.

Numai proporția scăzută din Satulung nu are nicio scuză, fiind comună mare, compactă.

5. In general, proporţia vaccinărilor corespunde şi cu media mortalităţii infantile; adecă acolo unde vaccinările au fost mai multe, mortalitatea infantilă e mai mică şi invers. Sunt şi excepţii d. e. la Teiu, unde deşi vaccinarea s'a făcut la 91%, totuşi mortalitatea infantilă e de 13.7%; explicaţia este că toate 3 comunele au un standard cultural, edilitar şi economic mai scăzut decât partea cea mai mare a judeţului.

Mai menţionăm relativ mica mortalitate infantilă în cele 2 circumscripţii din Buzae, — care dă şi cea mai mare proporţie de natalitate în judeţ, — cu toată proporţia mică de vaccinări; cauza o căutăm în acţiunea dispensarului mixt de acolo.

6. Mortalitatea celor vaccinaţi este de 6.7%, faţă de a celor nevaccinaţi de 29.9%.

Dar această cifră are nevoie de corecturi. Intre cei nevaccinaţi — în special în comunele unde vaccinările au fost făcute mai complet, — au rămas mai ales născuţii prematuri, debili sau înbolnăviţii în cele dintâi zile după naştere, din care o bună parte au şi murit. Dacă voim să facem o comparaţie justă, trebue să scoatem din numărul lor pe cei morţi înainte de 7 zile şi o mare parte din cei morţi între etatea de 7 zile şi o lună care, sau că nu au fost vaccinaţi sau şi dacă au fost, nu au putut beneficia de efectul salutar general al vaccinărilor (131 de copii morţi sub 1 lună).

Dar neposedând datele celor morţi sub 1 lună, câţi au fost vaccinaţi din ei şi câţi nu, nu putem face o justă apreciere, aşa că ne mulţumim cu datele de mai sus.

7. Copii cu contact familiar cu tuberculoşi au fost 88, — dar datele nu sunt complete, unele circumscripţii nedându-ne datele.

Din aceştia au murit, dar nu de tuberculoză constatată, 3 din cei vaccinaţi şi 5 din cei nevaccinaţi.

8. Revaccinări s'au făcut din 1931—36 la 8865 copii vaccinaţi.

In 1937 s'au revaccinat 1785 la un an după vaccinare şi 1289 la 2—3 ani dela vaccinare (care au primit a 2-a revaccinare); în total 3074 revaccinări.

Totalul revaccinărilor în 1931—1937 a fost de 11.939.

9. Vaccinările au fost controlate de medicii de circumscripţie şi au fost efectuate de 11 surori de ocrotire în 15 comune şi de moaşele comunale în alte 29 de comune.

In unele comune de munte s'au dau remuneraţii speciale moaşelor şi surorilor pentru fiece vaccinare făcută la depărtare peste 2 klm.. din fondul sanitar al judeţului.

TABELA DE VACCINĂRI B. C. G.

în comunele rurale în județul Brașov, în 1937.

Câte comune are	Circ.	Total născuți vii	Vaccinați		Nevaccin.		Mortalitatea infantilă						Copii în contact cu tuberculoși							Revaccinări		Observări
			Glob	% din total	Glob	% din total	Total	% din născ. vii	din vac.		din nevac.		Total	Morți din			Proporția aceștia %			la 1 an	la 2-3 ani	
									Glob	% la vacc.	Glob	% din nevac.		vac.	nevac.	Total	vac.	nevac.				
2	Bod	139	122	87·8	17	12·2	9	6·5	2	1·6	7	41 1								81	68	
4	Bran	158	130	81·3	28	17·7	22	13·9	12	9·3	10	35 7	2							129	122	
3	Codlea	202	172	85·2	30	14·8	12	5·9	6	3·5	7	22·3								150	82	
4	Feldioara	170	158	92·9	12	7·1	18	10·6	14	8 9	4	33·3								121	84	
2	Intors. Buz.	226	161	71·2	65	28·8	28	12·4	8	5 0	20	31·0	5	1		1				87		
6	Moeciul de jos	251	142	56·5	109	43·5	37	14·7	15	10·6	23	21·0	4							162	164	V. în 3 com. în 3 com. nu
2	Prejmer	191	170	89·0	21	11·0	17	8 9	13	7·7	4	19 0	24							149		
4	Râșnov	341	323	94·7	18	5·3	35	10 2	25	7 9	10	55 5	24							312	317	
1	Satulung	130	75	57·6	55	42·4	15	11·5	6	8·0	7	17·7								37	30	
2	Sita-Buzău	276	178	64·5	98	35·5	30	10·8	13	7·2	17	17·3									16	
3	Teliu	154	141	91·5	13	8·5	21	13·7	8	5·7	13	100·0	10							88	61	
4	Țânțari	231	183	79·2	48	20·8	23	9·9	12	6·6	11	23 0	2	1		1				80	76	
4	Târlungeni	217	201	92·0	16	8·0	28	12 9	17	8 5	11	75·0	6	1	1	2				183	80	
3	Turcheș	176	149	84 7	27	15·3	23	13 1	8	5·4	15	55 0	5							102	64	
3	Zărnești	303	238	78·6	65	21·4	38	12·5	12	5·0	26	40·0	6		4	4				104	125	
	Total	3164	2543	80·3	622	19·7	356	11·2	171	6·7	185	29 9	88	3	5	8				1785	1289	

Oleotoraxul în tratamentul pleureziilor purulente tuberculoase.

De **Dr. Liviu Stupariu,**
medic secundar.

Oleotorax se numeşte blocarea totală sau parţială a cavităţii pleurale cu oleu.

Metoda de-a introduce oleu în seroase a fost întrebuinţată de diferiţi autori încă din anul 1906, în peritonite, pentru a împiedeca aderenţele.

Bernou, este acela care a preconizat pentru întâia oară Oleotoraxul.

El, injectând cantităţi mici de oleu gomelonat — în decursul tratamentului pleureziilor purulente cu pneumoseroasă — a constatat toleranţa remarcabilă a pleurei faţă de oleu.

In urma acestui fapt apoi preconizează introducerea în pleură, de cantităţi mari de oleu — oleotorax — pentru ca oleul să vină în contact cu o suprafaţă de seroasă cât mai mare posibilă.

Oleul care se întrebuinţează obişnuit pentru Oleotorax — întrebuinţat şi de noi — este cel de parafină. El trebue însă să fie de o puritate perfectă, neutru, limpede, anhidru, de o densitate în jurul la 0,880 şi de o vâscositate mare. I se adaugă apoi gomenol 2—6%. Sterilizarea trebue să fie perfectă — $^1/_2$ oară — făcându-se la autoclav. Nu se întrebuinţează oleuri vegetale, cari sunt iritante.

In ceea ce priveşte tehnica este următoarea: Pentru înţeparea pleurei se va alege un ac care să nu fie nici prea subţire, — pentru a permite trecerea oleului care este vâscos — şi nici prea gros — pentru a favoriza infecţiunea peretelui, sau formarea de parafinoame pe traiectul acului. Unii aplică metoda prin o singură înţepătură cu acul lui Küss, care permite ambele operaţiuni, adică evacuarea puroiului prin tubul lateral şi injecţiunea oleului prin tubul axial. Astfel evacuarea şi injecţiunea se pot face alternativ.

Alţii aplică metoda cu dubla înţepătură, adică prin acul situat jos, evacuiază puroiul şi prin cel superior lasă să se scurgă oleul.

Procedeul acesta este invers când vrem să scoatem aer şi să-l înlocuim. In cazurile noastre am întrebuinţat o singură înţepătură şi am aplicat instrumentarul lui Dieulafoy.

In ceea ce priveşte metoda — relativ la cantitatea ce trebueşte evacuată şi la substanţa dezinfectantă care o înlocueşte — este variabilă şi trebue studiată şi adoptată după fiecare caz în parte. Astfel se pot evacua cantităţi nu prea mari de lichid şi se înlocuiesc cu cantităţi egale de substanţă dezinfectantă (oleu). Alteori se poate face odată, evacuarea totală şi înlocuirea cu cantităţi potrivite de oleu. Aceasta se aplică mai ales în colecţiuni cronice pleurale şi în cazurile când sunt acompaniate de fenomene toxice.

Oleotoraxul odată instituit, trebueşte întreţinut prin reinjecţiuni de oleu. Aceste se fac cu cantităţi variabile între 60—100—200 cm.^{3} — după caz — oleu gomelonat 2—6% şi la intervale, la început mai mici 10—14 zile, apoi la intervale mai mari de 30—40 zile. Se ţin astfel de intervale din cauza lentei resorbţii a oleului.

Indicaţiile cele mai principale ale oleoteraxului sunt următoarele:

1. *Oleotoraxul dezinfectant,* în pleureziile purulente bacilare;

2. *Oleotoraxul antisimfizar,* pentru a împiedeca simfizele pleurale precoce, cari survin după pleureziile pneumotoracice;

3. *Oleotoraxul compresiv,* pentru a comprima un plămân ricid şi cu cavităţi cari nu colaborează prin pneumotorax artificial;

4. *Oleotorax în perforaţiunile* pleuro-pulmonare.

Pleureziile purulente bacilare se prezintă sub 2 forme: 1. zisă abces rece pleural, ca o afecţiune proprie — aparent — a seroasei, fără leziuni pulmonare importante sau evolutive; 2. care acompaniază o tuberculoză pulmonară evolutivă.

In aceste cazuri de cele mai multeori empiemul este complicaţia unui pneumotorax terapeutic sau spontan.

I. Indicaţiile *oleotoraxului dezinfectant* în pleureziile purulente bacilare, sunt variabile după autori.

Pentru M. Bezancon indicaţiune formală şi principală sunt pleureziile purulente tuberculoase secundare pneumotoraxului.

El preconizează oleotoraxul, atât în formele unde lichidul este tulbure sau puriform, precum şi în adevăratele pleurezii purulente tuberculoase, cu bacili Koch pozitiv şi cu reacţie generală mai mult sau mai puţin însemnată, cari constituiesc „pyotoraxul benign" a lui *Burnand şi Jacot.*

Bezancon la fel preconizează oleotoraxul şi în formele, dela început purulente „pyotoraxul malign" a lui *Burnand* şi *Jacot*, cari sunt mai grave, acompaniate de febra hectică şi duc la caşecsie.

Küss — deşi mare partizan al oleotoraxului — crede că el este superflu în cazurile din întâia categorie „piotoraxul benign", spunând că: „el (oleotoraxul) poate să tulbure starea de echilibru a unei pleurezii aproape stabilizate şi bine tolerate şi poate să aibă efecte nocive, reînviind activitatea exudativă a pleurei şi determinând astfel o nouă reacţiune inflamatorie, cu fenomene infecţioase şi toxice".

Când este vorba însă, de formele grave — dela început purulente — el la fel, indică oleoteraxul.

In astfel de cazuri *Burnand* şi *Bernou*, au avut câteva cazuri de vindecări impresionante, deşi — în general — prognosticul rămâne totuşi foarte serios.

In cazurile de pleurezii purulente infectate *secundar*, cu asociaţiuni de microbi sau — predominând streptococul — unii autori ca *Braun* şi *Azoulay*, *Bezancon*, au obţinut rezultate bune prin oleotorax.

Leon şi *Kindberg* în astfel de cazuri, au avut eşecuri şi oleotoraxul nu numai că nu a adus nici o ameliorare, dar el nu a împiedecat nici formarea unei fistule pleuro-pulmonare.

Ei preconizează în aceste cazuri (infectate secundar) pleurotomie şi drenaj, singurele cari mai pot da rezultate.

Clinica din Cluj are următoarea conduită în tratamentul pleureziei purulente bacilare: La început conservativ, regim igieno-dietetic şi puncţii evacuatoare cât mai rari, luând precauţiuni de-a nu se infecta peretele toracic. Dacă lichidul nu are tendinţă la rezorbţie se fac spălături pleurale cu albastru de metylen sau se institue oleotorax desinfectant, care poate favoriza şi producerea simfizei pleurale.

In cazul că nu se poate obţine obliterarea cavităţii pleurale prin aceste mijloace, se face indicaţia unei toracoplastii în mai mulţi timpi.

II. *Oleotoraxul antisimfizar*, nu pare să fi dat rezultate excepţionale, totuşi ele variază după autori. Astfel *Thin*, *Buc* şi *Küss* se pare că ar fi avut rezultate bune.

Küss recomandă metoda forte sub numele de „blocaj oleos al pleurei" ajungând până la o presiune intrapleurală de 30 cm. de oleu.

După *Bernou* se poate obţine cel puţin întârzierea considerabilă, dacă nu chiar evitarea simfizei. Ei sfătueşte însă a se evita supra-compresiunea pulmonară şi distensiunea excesivă a aderenţilor.

M. Pissavy nu a avut rezultate favorabile, cu această metodă.

III. *Oleotoraxul compresiv* se aplică în cazurile de tuberculoză pulmonară, unde cu ajutorul pneumotoraxului nu putem obține o colaborare suficientă, din cauza unui plămân rigid și cu cavități. El este deci o completare prețioasă a pneumotoraxului.

Accidentele cari pot surveni sunt perforațiile pulmonare, cu toate complicațiile.

IV. O altă indicație a Oleotoraxului — care părea a fi cea mai interesantă și a atras în deosebi atențiunea — dar care nu a dat rezultate, sunt *fistulele pleuro-pulmonare.*

Bernou — chiar — face cele mai mari rezerve și crede că „oleotoraxul nu poate să aibă, decât destul de rar șanse de succes" în aceste cazuri.

In cazurile de perforațiuni mici și intermitente, vindecarea se face spontan prin obliterare.

In cazurile de perforațiuni largi, multiple și progresive — cari se complică obișnuit cu supurațiuni pleurale tuberculoase și infecțiuni supra-adăugate — oleul gomelonat, pe care de altfel bolnavul îl scuipă, nu numai că nu îi folosește, dar îi face și mai mult rău. De această părere sunt *Leon—Kindberg* și *Achard—Courcoux*, cari iudică în aceste cazuri numai toracoplastia.

In legătură cu aceste considerațiuni teoretice voiu rezuma câteva observațiuni clinice în tratamentul cu oleotorax.

Observația I. I. B. în etate de 19 ani. In antecedentele personale și heredo-colaterale nimic de remarcat.

Boala actuală datează de aproximativ 6 săptămâni. Debut insidios, cu inapetență, oboseală, slăbire, jenă-toracică și tusă cu expectorație mucoasă.

Examenul obiectiv.

Tegumentele mai palide.

Pulmon: Matitate la baza pulmonară dreaptă cu respirația abolită. In rest nimic deosebit.

Cord, abdomen și celelalte organe normale. Urina: albumina, puroiu zahăr negative. Reația Wasserman din sânge negativă. Făcând puncție exploratoare s'a găsit lichid purulent. La examenul microscopic al lichidului nu se constată B. Koch și nici altă floră microbiană, ci leucocite polinucleare, limfocite și rari celule. B. Koch din spută la fel uegativ.

Se extrage — în 2 reprize — 1500 cm.^{3} de puroiu și se introduce 500 cm.^{3} oleu gomelonat 3%, tot în două reprize.

Oleotoraxul este bine tolerat, bolnavul se simte din ce în ce mai bine, se alimentează bine și începe a crește în greutate. Pără-

seşte apoi serviciul. Revenind după 3 luni, se constată că a crescut în greutate 6 Kg., starea generală bună, iar la puncţie pleurală se extrage oleul injectat pur.

Observaţia II. A. P. în etate de 31 ani. Intră în serviciu, pentru slăbire foarte pronunţată, jenă în hemitoracele drept, tusă frecventă, expectoraţie abundentă muco-purulentă şi febră intermitentă.

Examenul obiectiv. Anemiat şi slăbit. Pulmon: Matitate la baza pulmonară dreaptă până la vârful omoplatului, cu respiraţia abolită jos şi uşor suflantă în 1/3 superioară, cu discrete raluri uscate. In stânga, submatitate în 1/3 superioară, cu respiraţia veziculară înăsprită şi discrete raluri suberepitante.

La examenul Radioscopic, la baza pulmonară dreaptă opacitate omogene, iar în 1/3 superioară stângă opacităţi neomogene confluente. Dela baza dreaptă se obţine prin puncţie lichid purulent, care nu conţinea B. Koch. B. Koch din spută pozitiv. Examenul urinei negativ. Se extrage lichidul şi se introduce oleu olivar gomelonat 3%. (din lipsa oleului de parafină). După scurt timp însă se produce o reacţiune locală, cu o roşeaţă difuză, edem foarte pronunţat şi infiltraţie puternică în jurul locului, unde s'a făcut puncţia pleurală.

Din cauza intoleranţei se suspendă oleotoraxul. După 2 luni fenomenele acestea locale au dispărut, rămânând doar uşor infiltrat. Starea boalei pulmonare nemodificată. După 3 luni o complicaţie, hemoptizie, urmată de o generalizare a tuberculozei, agravează mersul boalei. Bolnavul părăseşte serviciul în stare gravă.

Observaţia III. I. M. în etate de 34 ani. In antecedentele personale şi heredo-colaterale nimic de remarcat. Acuză dispnee la efort şi chiar la repaus, jenă în hemitoracele stâng, tusă cu expectoraţie muco-purulentă. B. Koch din spută negativ. Reacţia Wasserman din sânge negativ. Examenul urinei negativ. Examenul obiectiv. Pulmon: Matitate la percuţie pe întreg hemitoracele stâng, cu respiraţia abolită la auscultaţie.

Cordul este deplasat spre dreapta. Abdomenul şi celelalte organe normale.

La puncţia pleurală se extrage lichid purulent extrem de vâscos şi gros. B. Koch din lichidul pleural în repetate rânduri negativ, alta flora microbiană absentă. Se constată numeroase leucocite şi celule epiteliale. Bolnavul slăbind şi simţindu-se tot mai rău acceptă oleotoraxul.

După evacuări de puroiu — în cantităţi nu prea mari — de câte 500—700^{3}, se introduce oleu de parafină gomelonat 3%. La început se introducea la intervale de 10—12 zile, apoi la intervale mai mari,

iar după un şi mai târziu la 30—40 zile, de fiecare dată câte 200—300 cm.^{3}

In evoluţia boalei se observa o remisiune favorabilă, bolnavul se simte mai bine, creşte în greutate, iar lichidul pleural devine mai subţire. După 2 ani de tratament bolnavul creşte în greutate 20 Kg. Lichidul se menţine, în fundul de sac pleural purulent, cu toate că se fac evacuări maxime până se extrage oleu.

Bolnavul continuă să se simtă bine, urmând mai departe tratamentul. Cu timpul se produce o retracţie a hemitoracelui stâng, iar introducerea acului devine tot mai dificilă, pătrunzând prin o masă dură îngroşată.

După 7 ani de tratament cu oleotorax lichidul devine sero-citrin, iar după un alt $^1/_2$ an, puncţia pleurală a devenit negativă. La examenul Radioscopic se constată o retracţie a mediastinului înspre hemitoracele stâng, care este redus de volum.

Un fapt curios la acest bolnav este că teosiunea arterială care era la începutul tratamentului *14 Mx*, după 6 ani a ajuns la *19 Mx*. O remarcăm fără a o interpreta — probabil fiind o coincidenţă.

De prezent bolnavul se simte bine, nu mai urmează tratament şi nu are nici o acuză pulmonară.

Concluziuni.

In legătură cu aceste 3 cazuri voiu remarca că tratamentul început cât mai de timpuriu aduce rezultate mai remarcabile, — ca şi în cazul I, unde după 2 puncţii şi introducere de oleu s'a oprit secreţiunea pleurală.

In aproape toate cazurile unde rezultatul este favorabil, se observă deja după primele 2—3 puncţii o schimbare în spre bine a stării generale, o creştere în greutate, o dispoziţie bună, o adevărată desintoxicare a organismului.

In formele în care există şi o tuberculoză pulmonară, nu am remarcat nici o ameliorare.

Cazul al III-lea ne evidenţiază că o perseverenţă în tratament din partea medicului şi bolnavului, după 7 ani se obţine o vindecare, prin transformarea pleurei în o masă fibroasă, dură, aproape cartilaginoasă.

Oleul de parafină gomelonat 3% întrebuinţat este inofensiv, neiritant şi se poate întrebuinţa fără nici un inconvenient, dar nu tot tot astfel cele vegetale (olivar).

Spitalul Public Sibiu. Sanator.
Medic Primar Dr. C. Manta.

Câteva cercetări în legătură cu tratamentul prin injecţii cu glucoză a pleureziilor survenite în decursul pneumotoracelui terapeutic.

de **Dr. Virgil Stanciu.**

In decursul unui pneumotorace terapeutic una dintre complicaţiunile cele mai neplăcute şi cari ne poate compromite rezultatul pneumotoracelui e şi apariţia de lichid pleural. Ca frecvenţă, aceste exudate pleurale ar surveni după Dumarest într'un procent de 70%, iar după Leon Kindberg în 80% a cazurilor.

După cantitatea de exudat pleural putem distinge împreună cu Leon Kindberg 3 tipuri de pleurezii:

1. Exudat radiologic care nu se evidenţiază prin nici un simptom subiectiv ci numai la ecran şi a cărui cantitate nu se ridică deasupra cupolei diafragmatice.

2. Exudat de tipul pleureziei care se însoţeşte de toate semnele unei pleurezii serofibrinoase şi care apare de obiceiu în luna 2—3 a pneumotoracelui evoluând cu febră, dureri toracice putând ca după 2—3 săptămâni să se rezolve sau să persiste un timp mai îndelungat.

3. Exudaţiuni de tip hidrotorax la care cantitatea de lichid ocupă întreaga cutie toracică şi care cu timpul se poate transforma în pleurezie purulentă.

In tratamentul acestei complicaţii pleurale s'au preconizat o serie de metode şi intervenţii cu diferite şanse de vindecare. Unul dintre aceste metode constă şi în tratamentul prin injecţie de glucoză preconizat de Schott. Noi am aplicat acest procedeu la un număr de 4 cazuri de pleurezii cu exudaţiuni pleurale cantitativ reduse. Am evitat cazurile de hydrotorax şi cele cu exudat radiologic.

Din cazurile jos citate se poate vedea rezultatele obţinute de noi prin această metodă:

Observ. 271. F.... Valer în vârstă de 27 ani intră în Sanator la 24 Ianuarie 1938. In urma examenului clinic şi radiologic s'a con-

statat un infiltrat pulmonar drept, hemidiafragmul drept fiind liber se opiniază pentru instituirea unui pneumotorace terapeutic şi în ziua de 19 Februarie se procedează în consecinţă. Instituirea se face în condiţiuni optime reuşind perfect. Se fac reinsuflări regulate. In ziua de 5 Aprilie bolnavul are un frison, febră de 38,2° dureri toracice, se trimite la control radiologic şi se constată un exudat pleural de partea dreaptă complicând pneumotoracele. Se institue un tratament de injecţie cu calciu fără nici un rezultat apreciabil. In ziua de 28 Aprilie se începe un tratament cu injecţiuni de glucoză 33% şi după o serie de 12 injecţiuni lichidul pleural a scăzut la nivelul cupolii diafragmatice menţinându-se la acest nivel până în ziua de azi.

Observ. 298. M..... Elena în vârstă de 24 ani se internează în Sanator la 24 Februarie 1938. După examenul clinic şi radiologic se constată o tuberculoză de tip ulcero-cazeos drept. Se opiniază pentru instituirea unui tratament prin pneumotorace şi în ziua de 4 Martie se procedează în consecinţă. Şedinţele de pneumotorace se succed în mod regulat până la data de 10 Mai, dată când apare exudaţiune pleurală, marcată printr'o stare generală proastă, lipsa poftei de mâncare şi febră. La controlul radiologic se confirmă acest diagnostic şi se institue un tratament prin injecţii de glucoză zilnice, iar în decurs de 3 săptămâni lichidul pleural scade aproape complet.

Observ. 301. N.... Ioan de 25 ani, se internează în Sanator în ziua de 14 Martie 1938, iar după un examen clinic şi radiologic se constată un infiltrat pulmonar stâng, iar în ziua de 28 Martie i se institue un pneumotorace, urmându-se regulat cu şedinţele până în ziua de 25 Mai când face lichid cu ascensiuni febrile. Se începe un tratament cu glucoză, iar după 15 injecţii lichidul scade complet. Pneumotoracele nu se mai poate continua din cauza aderentelor cari s'au constituit ulterior.

Observ. 312. I.... Maria în vârstă de 32 ani se internează în Sanator în ziua de 9 Martie 1938. In urma examinărilor făcute se constată o lobită superioară dreaptă. Fapt pentru care se indică un pneumotorace drept, care se execută în ziua de 19 Martie. In ziua de 20 Mai se lasă bolnava la domiciliu, unde urmând pneumotoracele în mod ambulator. In ziua de 2 Iunie se constată prezenţa unui exudat pleural în cantitate mijlocie şi se internează din nou în Sanator unde se institue un tratament cu injecţii de glucoză, necedându-i după 10 injecţiuni, i se aplică în acelaş timp şi injecţii cu calciu (alternativ), iar după 21 de zile lichidul se resoarbe aproape complet.

Din cazurile sus citate se poate constata rezultatul bun obținut asupra celor 4 cazuri de pleurezii de tip mijlociu, complicând pneumotoracele terapeutic prin injecțiuni de glucoză.

In cazurile în care nu obținem efectul dorit, se poate asocia și alte tratamente (injecții de calciu).

Bibliografie.

Schott E. Münchener: Medizinische Wochenschrift, 1935, Nr. 44.

Jackelin et M. Malet: L'avenir des pleuretiques le Bull. médical 1935 Nr. 52.

J. Foix et E. Grunwald: Traitements des epanchements pleuraux du pneumotorax par le chlorure de calcium Press médical 3 lan. 1934.

Durand: Les liquides pleuraux du pneumotorax therapeutique, Rev. Tub luni 1936.

Croisier: Sur la pathogenie des accidents du pneumotorax, Rev. Tub aout 127.

Terenul în infecţiunea tuberculoasă.

De **Dr. I. Prodescu.**

„Semănaţi cel mai bun grâu pe stâncă. Niciodată nu veţi avea un lan de grâu. Semănaţi-l în cantitate mică pe un teren fertil şi veţi avea seceriş". *E. Sergent.*

Sunt câţiva ani, de când dl Prof. E. Sergent a emis părerea asupra *terenului* în tuberculoză.

La început, lumea medicală, nu a dat o importanţă prea mare acestui factor.

Problema tuberculozei era strâns legată de hereditate. Tuberculoza era infecţiunea cu B. K. şi hereditate.

Odată cu descoperirea virusului filtrant, de către Fontès în 1910, s'a crezut că problema heredităţii şi polimorfismul tuberculozei vor fi definitiv lămurite.

Lucrările lui Leon Bernard, au făcut dovada, că, copiii născuţi din mame tuberculoase, dacă sunt separaţi imediat, se desvoltă în perfectă stare de sănătate, păstrând şi cuti-reacţiunea negativă.

In acest fel, s'a ajuns la concluzia, că, transmisiunea tuberculozei la copil, e post natală.

Rolul heredităţii ar *deveni posibil* numai în cazuri de tuberculoză gravă a mamei. Bazaţi pe aceste consideraţiuni, mai sunt unii (B. Lange), cari pun mult preţ pe diferenţele hereditare în rezistenţa individuală, căutând a explica în acest mod multiplele variaţiuni ale primei infecţiuni.

In prezent, majoritatea ftiziologilor, sunt de acord, că, tuberculoza e infecţiunea cu B. K. şi *terenul* pe care se însămânţează.

Terenul pe care se însămânţează B. K. se prezintă sub 3 forme:

1. *Teren virgin*, terenul care până în momentul contagiunii nu a fost în atingere cu infecţiunea bacilară. Pe acest teren vom găsi prima infecţiune tuberculoasă;

2. *Teren în stare de allergie*, terenul care a fost însămânţat cu B. K.

Cuvântul *allergie*, a fost prima dată întrebuințat de von Pitquet în tuberculoză. In prezent, parte din lumea medicală, folosește acest cuvânt sub o noțiune mai vastă, traducând o stare de hipersensibilitate specifică, ca reacțiune a organismului, la o serie de factori — allergene. Intre elementele allergene se numără:

1. Bacterii, 2. allergene atmosferice, 3. produse din piei de animale — peri și puf, 4. alimente și produse farmaceutice și 5. polen de ierburi și flori.

In infecțiunea cu B. K. organismul tinde să ajungă la starea de imunitate, pe care nu o poate dobândi. Dobândește însă o stare de rezistență specifică și variabilă, după gradul infecțiunei și calitatea terenului. Acestei stări, de rezistență specifică, i se spune în ftiziologie *allergie*. Teren allergic, e terenul cu o rezistență specifică la B. K.

Pe acest teren vom găsi reinfecțiunea tuberculoasă;

3. *Teren în stare de anergie*. In afară de starea de rezistență specifică, organismul e expus unor stări humorale, nespecifice, ocazionale, care îi micșorează puterea de rezistență și creează în acest fel, momente favorabile desvoltării proceselor tuberculoase.

Trecerea organismului din starea de alcaloză în starea de acidoză, e un moment favorabil desvoltării infecțiunei bacilare.

Starea aceasta humorală, nespecifică și ocazională, favorabilă desvoltării proceselor tuberculoase, se numește stare de *anergie*.

Starea de anergie se prezintă sub 3 forme:

1. *Fiziologică*, în timpul menstruației, — sarcinei, nașterii și alăptării;

2. *Patologică*, în cazuri de gripă, rugeolă, tuse convulsivă, diabet, rachitism, nefrite, afecțiuni ale aparatului circulator și supurații cronice;

3. *Generală*, în cazuri de efort muscular, oboseli prelungite, surmenaj și inaniție.

Starea de *allergie* și *anergie*, determină calitatea terenului în care va evolua procesul tuberculos. Procesele intime ale acestor stări, încă nu sunt bine studiate.

Prin ele se încearcă azi a explica polimorfismul clinic al tuberculozei și infecțiunea latentă, acea armonioasă convețuire dintre bacil și organism, care poate dura timp foarte îndelungat.

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular — (B) Intravenos

Toate algiile reumatismale

Toate sindromele dureroase

NAIODINE

(A) Intramuscular — Algii rebele

Acţiune curativă fără reacţiuni.

(B) Intravenos — Nevraxite şi urmările lor — Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul J. LOGEAIS, Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8

DEXTROPUR

conţine 99,5—99,7% dextroză

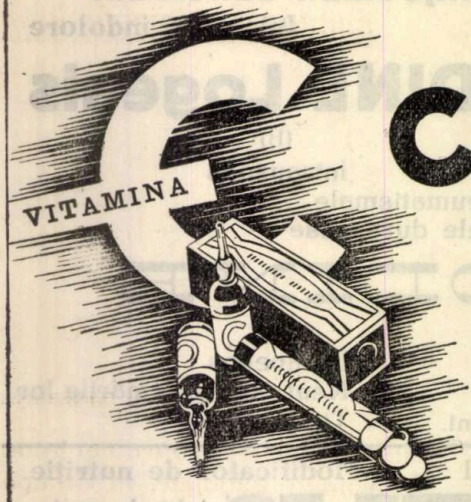
Cel mai pur şi cel mai ieftin preparat de glucoză pentru uzul peroral şi rectal

Mostre şi literatură trimite la cerere

DEPARTAMENTUL ŞTIINŢIFIC

SAPIC

Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.



Cebion
Merck

In hemoragii și predispoziții de hemoragii,
Maladii infecțioase
Afecțiuni gastro-intestinale,
Afecțiuni stomato-dentare
In graviditate și perioada alăptatului cât și la sugarii hrăniți artificial.

Cebion-tablete de 0,05 g.
Cebion-fiole de 0,5 și 0,1 g.
Cebion „forte" de 0,5 g.

E. MERCK - DARMSTADT
Reprezentant: **Dr. I. Binder**
București II. Str. Luigi Cazzavillan 30.

Pentru hematopeoză și accelerarea vindecării
Flacoane originale cu aproximativ 180 g.

E. MERCK - DARMSTADT
Reprezentant: **Dr. I. BINDER.**
București II., Str. Luigi Cazzavillan 30.

Campania sanitară în județele Inspectoratului Sibiu.

de **Dr. Iosif Stoichița.**

In conformitate cu ordinele, instrucțiunile și programul întocmit de Ministerul Sănătății, echipele de medici angajate în Campania Sanitară și-au început activitatea pe teren în toată țara încă dela începutul lunei August. Dela un capăt la celalalt al țării, un interes deosebit se manifestă tot mai accentuat față de aceasta adevărată *ofensivă sanitară* întreprinsă cu mult curaj și energie de către Domnul Ministru al Sănătății *General Dr. Marinescu.* Medicii angajați în aceasta ofensivă înfruntând cu bărbăție primele greutăți, inerente de altfel oricărei acțiuni în stil mare, s'au antrenat la muncă din ce în ce mai sistematică și mai rodnică în folosul sănătății publice. Rapoartele care sosesc din toate părțile arată fără deosebire, că acțiunea sanitară începută a fost primită cu multă încredere și chiar cu entuziasm din partea populațiunii și cu deplină înțelegere din partea autorităților locale, stabilindu-se chiar din primele zile o armonioasă conlucrare pentru o cât mai integrală realizare a programului stabilit. Știrile și comentariile care apar în presa cotidiană sunt cât se

General Dr. N. Marinescu, Ministrul Sănătății

poate de favorabile şi se poate afirma de pe acum că „Ofensiva Sanitară" întreprinsă îşi va atinge obiectivele fixate şi va reuşi pe deplin, în unele părţi chiar peste cele mai optimiste aşteptări.

* * *

Programul Campaniei Sanitare în curs, a fost întocmit de Ministor şi este acelaşi pentru toată ţara. Pentru realizarea lui pe teren s'a lăsat însă libertate de acţiune organelor locale ale Ministerului: Medici Primari de Judeţe şi de Oraşe, Inspectori Generali Sanitari şi Institutele de Igienă şi Sănătate Publică, pentru ca ţinând seama de necesităţile şi particularităţile locale să-şi fixeze metodele de lucru pe teren în conformitate cu aceste necesităţi. De aceea, deşi se execută în toată ţara acelaşi program, în privinţa metodelor de lucru şi a tehnicei întrebuinţată pe teren, vor fi variaţiuni şi deosebiri foarte interesante şi importante dela o regiune la alta a ţării şi socotim că nu ar fi fără interes pentru studiul problemei, ca să arătăm în cadrul acestui articol, tehnica stabilită şi aplicată în judeţele din cuprinsul Inspectoratului General Sanitar pe care îl conducem.

Pentru stabilirea modalităţilor de executare a programului ministerial s'a ţinut la Sibiu în ziua de 31 Iulie 1938 o conferinţă la care au participat toţi medicii primari de judeţe din cuprinsul Inspectoratului, dimpreună cu delegatul Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj Domnul Profesor. Dr. Zolog. In aceasta conferinţă s'a discutat programul de activitate stabilit de Minister şi de comun acord s'au fixat metodele de lucru cele mai corespunzătoare cu împrejurările locale din aceasta Regiune a Ţării.

Programul Ministerial fixează ca principale obiective ale Campaniei Sanitare:

1. Verificarea pe teren şi completarea Monografiilor sanitare ale comunelor;

2. Ridicarea igienică a satelor prin introducerea şi aplicarea măsurilor de igienă colectivă;

3. Aplicarea măsurilor de igienă individuală şi a locuinţei;

4. Depistarea, înregistrarea şi combaterea bolilor contagioase acute;

5. Depistarea, înregistrarea şi organizarea unei combateri sistematice şi raţionale a bolilor medico-sociale şi

6. Propaganda sanitară şi educaţia igienică a populaţiunei.

Pentru realizarea cât mai integrală a acestor importante deziderate am adoptat, cu oareşcari modificări, metoda de lucru pe teren, experimentată ani de-a-rândul în judeţul Sibiu cu ocaziunea *anche-*

telor medico-sociale despre cari s'a scris adeseori şi pe larg în coloanele Revistei „Sibiul Medical".

Pentru fiecare judeţ, în măsura posibilităţilor locale de transport şi amăsurat numărului de populaţiune a comunelor, s'au format câte 2—3 sau 4 echipe sanitare compuse din câte 3—6 medici, câte 2 agenţi sanitari şi câte o soră de ocrotire. Echipele astfel compuse au fost aprovizionate cu materialul necesar: panerele cu medicamente şi instrumentarul medical primite dela Minister: material pentru recoltarea probelor de laborator şi formularele necesare pentru înregistrarea tuturor constatărilor făcute de echipă în decursul activităţii sale pe teren.

Fiecare echipă lucrează separat în câte o comună rurală, iar în comunele cu o populaţiune mai numeroasă se concentrează câte 2 sau 3 echipe la un loc. S'a făcut aceasta concentrare cu scopul de a putea termina lucrarea într'un timp cât mai scurt posibil, chiar într'o singură zi, pentru a nu reţinea populaţiunea timp prea îndelungat dela lucrările sale obişnuite tocmai în sezonul principal al muncilor agricole. Al doilea motiv este de ordin psihologic; apariţia în comună a unei echipe mai numeroase şi bine înzestrate trezind un interes mai viu în sânul populaţiunii; inspirând mai multă încredere faţă de acţiunea întreprinsă şi în afară de acestea făcând posibilă o muncă mai sistematică pe teren şi un control mai eficace din partea organelor superioare.

Cu câteva zile înainte de apariţia echipei sanitare în comună, terenul este pregătit fie de medicul primar judeţean sau de medicul circumscripţiei respective, fie de către organele administrative locale, care anunţă populaţiei sosirea echipei, arată scopul care se urmăreşte şi îndeamnă populaţia ca să fie acasă în număr complet şi să se pregătească pentru vizita medicilor prin executarea unei radicale curăţenii în gospodărie şi în interiorul locuinţei. In cele mai multe comune acest consemn a fost respectat: populaţia a fost prezentă la domiciliu, iar gospodăriile au fost primenite, casele văruite, ghizdurile fântânilor reparate şi văruite, podeţele refăcute, şanţurile desfundate, etc. Acelaş lucru s'a făcut de către autorităţile comunale în ceea ce priveşte curăţenia publică din comună, încât în momentul sosirii echipei sanitare, cele mai multe sate aveau un aspect frumos de curăţenie generală, iar populaţia aştepta cu mult interes vizita medicilor.

După sosirea echipei sanitare în comună, medicii se împart pe sectoare, fiecare având însărcinarea de a vizita un anumit număr de case şi gospodării (în decursul unei zile un medic vizitează în

medie 40—100 de gospodării, după mărimea lor şi după distanţe). Medicul vizitator este însoţit tot timpul de un membru al primăriei sau de un alt fruntaş din comună care îl conduce şi în acelaş timp îi dă toate informaţiunile privitoare la gospodăria şi familia pe care o vizitează. Intrat într'o gospodărie, medicul înregistrează în „fişa familiară" toate constatările sale privitoare la situaţia igienică a casei şi a gospodăriei (camere de locuit, numărul locatarilor, fântână, curte, closet, grajd, etc.) şi în acelaşi timp dă sfaturi şi îndrumări pentru lucrările de asanare pe care le socoteşte de necesare. Propunerile de asanare igienică igienică a gospodăriei ale medicului se înregistrează în mod detaliat la rubrica respectivă a fişei familiare.

După terminarea acestei operaţiuni se examinează din punct de vedere medical toţi membri familiei, iar cnnstatările făcute de asemenea se înregistrează la capitolul respectiv al fişei familiare. Pentru bolile intercurente constatate se prescriu medicamentele necesare care se dau gratuit din panerele trimise dela Minister, iar pentru examinări medicale mai complicate sau pentru luare de probe de laborator, cei bolnavi sau suspecţi se trimit la dispensarul fix improvizat la primărie sau şcoală, unde se completează examenul medical făcut în familie şi constatările se înregistrează în fişa familiară. Tot aici se înregistrează şi propunerile medicilor privitoare la măsurile ce trebuesc luate în caz de boli medico-sociale constatate. La dispensarul fix face serviciul fie medicul circumscripţiei respective, fie echipa întreagă în orele de după masă şi seara, când se prezintă toate persoanele cărora li s'a făcut o asemenea indicaţie cu ocaziunea vizitei la domiciliu.

In judeţul Braşov aceste examinări mai complicate se execută de două ori în săptămână de către *medici de specialitate* veniţi dela centru şi cari prin competenţa lor completează lucrarea echipelor sanitare dând consultaţiuni de specialitate.

In Dumineci şi sărbători şi uneori chiar şi în zilele de lucru, în orele de seara, membrii echipelor în colaborare cu cercurile culturale ale „Astrei" ţin *conferinţe publice* populaţiunii cu subiecte din domeniul igienei individuale şi colective, iar surorile de ocrotire ataşate echipelor, îndeplinesc o adevărată operă de *educaţie igienică în familie* prin sfaturile pe care le dau mamelor şi prin demonstraţiile practice pe care le fac în cercul gospodinelor locale. In judeţul Sibiu, aceasta acţiune a fost întregită în decursul Campaniei Sanitare prin angajarea alor două *instructoare de menaj*, care aprovizionate cu tot utilajul necesar însoţesc echipele făcând instrucţie practică cu gospodinele locale în domeniul bucătăriei.

Intreaga acțiune a mai fost completată și prin *examinările radiologice* executate în massă prin aparatul Röntgen transportabil pus la dispoziția noastră de Liga Națională în contra Tuberculozei și prin cele două *Trenuri-baie* trimise de Ministerul Sănătății. In cuprinsul Inspectoratului Sanitar Sibiu a funcționat pentru toate județele o camionetă radiologică având o echipă separată și executând mii de radioscopii în comunele rurale indicate de medicii primari ai județelor respective. Cele două trenuri-baie (Nr. 10 și Nr. 20) funcționează după un itinerariu stabilit de mai înainte, executând zilnic câte 500—1500 de băi și un număr extraordinar de mare de desinfecții și deparazitări.

Se poate deci afirma fără nici o exagerare că Ofensiva Sanitară a fost serios înzestrată nu numai cu personal medical nou dar și cu un important material sanitar pentru a putea face astfel față în condițiuni cât mai bune necesităților de pe teren.

In afară de fișele familiare care se completează de către medici, înregistrând toate constatările și propunerile privitoare la starea igienică a gospodăriilor și starea sanitară a locuitorilor, am introdus și un formular simplu pentru totalizarea numerică a activității depusă de fiecare membru al echipei. Acest formular înlesnește prelucrarea materialului recoltat din campania sanitară și permite o apreciere justă asupra activității depusă zilnic de fiecare membru din echipă.

După terminarea activității zilnice, șeful echipei sanitare întocmește un *proces-verbal de activitate* a echipei. Acest proces-verbal este înscris în registrul trimis de Minister și el conține totalizate datele constatărilor făcute de echipe în decursul zilei; măsurile luate pentru asanare și date precise privitoare la igiena colectivă și la salubritatea publică.

După terminarea lucrării dintr'un sat sau dintr'o comună, șeful echipei convoacă la primărie la o *conferință* intimă pe toți capii autorităților locale, unde le face o scurtă expunere asupra constatărilor făcute de echipă, insistând în mod deosebit asupra igienei colective și asupra măsurilor de asanare propuse și care necesită o acțiune de durată din partea autorităților respective și din partea locuitorilor din comună. Pentru realizări mai importante: construire de dispensare, băi populare, fântâni publice, secare de bălți, alinieri, etc., se constitue chiar pe loc *comitete locale de inițiativă* compuse din fruntașii comunei cărora li se dau cu această ocaziune și îndrumările și indicațiile necesare pentru aceste realizări de interes obștesc.

In unele comune s'a reuşit ca lucrări mai mici să fie executate chiar în timpul activităţii pe teren a echipelor prin *echipe de străjeri şi premilitari*, iar în alte părţi în prezenţa echipelor sanitare s'au început lucrări mai de seamă prin organele primăriei locale şi cu ajutorul premilitarilor.

Prin metoda ur lucru şi prin tehnica mai sus arătată se realizează, credem, în modul cel mai fericit dezideratele cuprinse în programul Ministerului.

Se realizează mai întâi o serioasă ***anchetă medico-socială,*** *un adevărat* ***recensământ igienic şi sanitar,*** *înregistrându-se în mod corect şi nemijlocit situaţia reală a satului, a gospodăriilor şi a locuitorilor; se aplică pe loc măsurile posibile de igienă individuală şi colectivă şi se iau măsuri pentru ridicarea igienică a gospodăriilor individuale şi a satelor prin propunerile de asanare şi prin comitetele locale chemate ca printr'o acţiune de durată bine susţinută să realizeze aceste propuneri. Se face în acelaşi timp o intensă propagandă sanitară şi educaţie igienică în familie; se depistează bolile medico-sociale şi se dă asistenţă medicală imediată şi gratuită pentru toate bolile intercurente constatate.*

In afară de aceasta, prin cointeresarea la aceasta acţiune a capilor autorităţilor locale şi a societăţilor culturale, se stimulează în mod optim iniţiativele locale şi se creează posibilităţi serioase pentru reuşita acţiunei de durată care are ca scop realizarea numeroaselor propuneri de asanare făcute de medici.

In satele şi comunele din cuprinsul Inspectoratului Sanitar Sibiu, acţiunea sanitară întreprinsă a fost primită cu multă încredere şi cu deosebită simpatie din partea populaţiunii, iar medicii angajaţi în echipele de pe teren, activând uneori în condiţiuni dificile şi foarte obositoare, îşi fac pe deplin datoria, muncind câte 10 şi 12 ore pe zi în mod conştiincios, cu elan tinerese şi cu un deosebit devotament.

Cifrele finale ale activităţii depuse şi a rezultatelor obţinute prin Campania Sanitară vor fi impresionante şi ele vor dovedi cu prisosinţă că acţiunea întreprinsă a fost în cel mai înalt grad utilă şi necesară, indicând un drum nou în opera mare de ridicare şi promovare a sănătăţii publice din România.

Sănătatea, biserica şi şcoala.

Dacă am pune alături pe medicul de circumscripţie de azi cu cel dinainte de războiu fără discuţie ar ieşi la iveală multe şi fundamentale deosebiri. Inainte de războiu medicul a stat pe o poziţie aproape complet izolată de viaţa adevărată a satului. Cercul lui lui de activitate care se limita aproape exclusiv la căutarea bolnavilor era ermetic închis şi colaborarea altor factori la munca lui de medic nu era cerută. Nu era cerută din simplul motiv că nu se simţia nevoie de ea. Pe poziţia aceasta de favoare, de slujbă independentă şi în acelaş timp respectată l-a surprins războiul. Frământările de după războiu cari au adus atâtea schimbări cari au schimbat concepţiile noastre despre individ şi colectivitate sub toate raporturile nu au lăsat neatinsă nici poziţia lui. Nu au lăsat-o neatinsă din motivul că pe terenul sanitar principiul antibelic care limita activitatea medicului la individ a fost radical reformat şi încetul cu încetul a scos medicul din sala de consultaţii şi l-a pus în faţa problemelor cari interesează mai mult colectivitatea şi mai puţin individul. Aceasta nouă orientare a profesiunei medicului dela ţară a lărgit considerabil câmpul lui de activitate. Dar nu numai atât. Problemele noi ce s'au ridicat nu se limitează numai la competinţa lui ci cer o colaborare strânsă între medic şi organele conducătoare ale satului.

Unul dintre colaboratorii cei mai importanţi este preotul. Adevărat că până în prezent aceasta colaborare nu s'a manifestat în măsura în care ar fi de dorit, dar în cazuri cu totul izolate şi incidentale s'a putut înregistra o muncă comună şi susţinută din partea acestor 2 factori de cultură ai satelor.

Ar fi de dorit ca contribuţia preotului la activitatea medicului, atât în ceea ce priveşte medicina curativă, cât şi cea preventivă să devină o atribuţie oficială şi cu răspundere. Aceasta contribuţie s'ar putea realiza în următoarele împrejurări:

a) Educaţie. Preotul va putea contribui la luminarea poporului în ceea ce priveşte igiena şi problemele de sănătate în măsură aproape egală cu medicul. Propaganda sanitară atât timp cât e fă-

cută numai de medic are un caracter prea profesional şi este în anumite împrejurări interpretată în sensul unei obligaţii oficiale sau chiar în sensul interesului profesional. Este privită însă cu alt interes dacă vine din partea preotului. Conferinţele preotului trebue să se bazeze pe un material bine studiat şi va trebui să cuprindă indicaţii precise iar nu teorii vagi. Pentru acest scop va fi necesar să se distribue din partea Ministerului Sănătăţii preoţilor un material de studii care să fie utilizat pentru conferinţe. Poate ar fi şi mai practic dacă s'ar putea pune la dispoziţia preoţilor un număr mai mare de conferinţe tip, cari au avantajul unui material bine prelucrat şi s'ar reduce astfel neajunsul conferinţelor improvizate.

In afară de conferinţele publice preotul va putea să devină un bun educator sanitar prin propaganda individuală. Fiind în contact intim şi continuu cu populaţia va găsi nenumărate ocazii pentru răspândirea cunoştinţelor igienice şi pentru îndrumare,

In aceasta activitate educativă preotul va putea fi de un mare ajutor suferinzilor. Dar munca lui nu se va limita numai la suferinzi. In atribuţiile medicului sanitar dela ţară intră azi mai ales probleme de medicină preventivă. In acest domeniu preotul poate şi va trebui să fie interesat pe aceeaşi măsură ca şi medicul. In toate problemele de sanitaţie, igiena locuinţei, construcţii de instalaţii sanitare, colaborarea între medic şi preot poate aduce servicii importante. Medicul va indica lucrările de executat, iar preotul va insista pentru executarea lor şi va susţine printre locuitori un spirit de înţelegere pentru problemele de interes obştesc;

b) Preotul ca colaborator al medicului în depistarea cazurilor de boală.

Medicul la deplasarea sa într'o comună este obligat a lua informaţii despre toţi bolnavii şi mai ales asupra celor suferinzi de boale contagioase. Aici rolul preotului este de extremă importanţă. El fiind chemat la patul tuturor bolnavilor gravi şi fiind adesea solicitat să dea o mână de ajutor în lipsa medicului în cazuri de accidente sau îmbolnăviri grave, poate da medicului toate informaţiile pentru cazurile unde se simte nevoia unei asistenţe medicale. Dar cu toate că necesitatea muncii comune a medicului şi preotului pe acest teren pare a fi de sine înţeles, totuşi în realitate se face în mod cu totul incidental. In marea majoritate a cazurilor medicul neglijează să ia informaţii de această natură dela preot, iar preotul nu se simte totdeauna obligat să caute să dea aceste preţioase informaţii medicului. O colaborare mai strânsă pe acest teren este indispensabilă;

c) Preotul ca iniţiator şi conducător al instituţiilor comunale de ocrotire.

Dacă problemele sanitare din mediul rural ici-colo şi-au găsit în parte deslegare şi s'a ajuns la unele realizări îmbucurătoare, problema ocrotirilor a rămas aproape neatinsă. In domeniul ocrotirii infirmilor, bătrânilor, săracilor, copiilor părăsiţi, debililor mintali, comunele au rămas indiferente, mulţumindu-se a face apel la intervenţia statului. Este adevărat că e cu neputinţă să se creeze instituţii de aceasta natură în fiecare comună rurală, este greu să asiguri o existenţă pentru toţi oropsiţii satului dar dela aceasta situaţie până la completa lor abandonare ar fi ceva de făcut. Şi dacă nu s'a făcut până acum nimic, nu s'a făcut fiindcă problema este complicată, cere studiu, bani şi mai ales un iniţiator care să lupte pentru înfăptuire. Toate operile de ocrotire şi caritate din trecutul nostru au fost create de biserică sau ataşate bisericei, indicând deci biserica ca elementul de prim ordin în această problemă. Toate îndatoririle ce derivă din problemele de asistenţă socială ale satului cad în prima linie pe umărul preotului, care trebue să fie creatorul şi conducătorul acelor aşezăminte.

Pe lângă preot medicul are un alt colaborator tot atât de preţios în persoana învăţătorului. Cu toate că colaborarea lui se întâlneşte pe multe câmpuri cu cea a preotului, totuşi prezintă în unele amănunte aspecte deosebite. Azi cooperarea învăţătorului la munca medicului se manifestă prin predarea celor câteva ore de igienă şi prin informarea medicului cu ocazia inspecţiei şcolare asupra stării sănătăţii a copiilor. Şi aici — ca şi în cazul preotului — un vast câmp de muncă unde se întâlnesc interesele medicului şi a învăţătorului dar foarte superficial exploatat.

Un început de şcoală ar trebui să fie pentru învăţător prilejul unei lungi şi serioase consfătuiri cu medicul asupra tuturor amănuntelor cari interesează şcoala. Nu este şcoală unde să nu se pună problema aprovizionării cu apă, a băncilor, a cubajului sălilor, a closetului, a terenului de recreaţie cari rămân nerezolvate numai foarte rar din cauza bugetului, dar cel mai des din cauză că nu s'a insistat suficient asupra modalităţilor de îndreptare.

Elevul şcolar trebue cunoscut de învăţător asupra tuturor calităţilor lui fizice şi psihice şi mai ales asupra mediului lui din familie. Orice schimbare ce se iveşte în starea lui fizică sau intelectuală trebue cercetată împreună cu medicul pentru a-i afla cauza.

In ceea ce priveşte cursul teoretic de igienă, învăţătorul să nu se mulţumească cu epuizarea rigidă a programului ci să tindă tot-

deauna la aplicarea practică a lui. Vorbind despre igiena corporală şi însemnătatea băei pentru sănătate el se va îngriji ca elevii să vină curaţi la şcoală şi pentru a stimula simţul de curăţenie va organiza mici concursuri şi demonstraţii practice în şcoală. Dar mai ales va încerca să convingă elevii să aplice practic în familia lor tot ce s'a demonstrat şi învăţat la şcoală. Elevul şcolar trebue să devină agentul de propagandă sanitară în familia lui şi exemplele multe au putut dovedi că el sub influenţa celor asimilate la şcoală a putut să convingă părinţii lui pentru lucrări de igienă care nu au putut fi realizate cu alte mijloace de medic.

Pentru a apropia învăţătorul de preocupările sanitare şi medicale ar fi necesar să se înfiinţeze în fiecare şcoală o farmacie. Aprovizionarea farmaciei cu medicamente se poate asigura în mod relativ uşor prin colecte, donaţii, festivităţi şi altele şi are meritul de a interesa mai de aproape pe învăţător de starea de sănătate a elevilor.

Pentru ca învăţătorul şi preotul să poată contribui în măsură suficientă la problemele de ordin sanitar se impune ca în cursul normal şi cel teologic studiului igienei să i se dea importanţa cuvenită. Acest studiu azi are un rol cu totul secundar la pregătirea ambelor profesiuni şi se predă cu un caracter complet teoretic. S'au văzut preoţi şi învăţători cari au produs frumoase realizări în comunele lor pe toate terenurile afară de problemele sanitare. Aceasta lipsă se atribue exclusiv incompletei lor pregătiri în acest domeniu.

Dr. I. Cosma.

In enterite acute, disenterie, colita-membranoasă, prescriţi

MAGNOCARBON TABLETE

Magnozon
Cărbune medicinal
Extract de Belladona

Uşor laxativ, antiseptic şi antispasmodic.

Fabrica de produse chimice GEDEON RICHTER S. A., Bucureşti, Str. Plantelor 21

Arts et techniques de la Santé. *Gaston Daniel et Albert Daniel.* (Marseille). Două volume de 1540 de pagini, Doin & C-ie, Editeurs, Paris, 1937.

Intr'o monumentală lucrare, prefaţată de D-nii *Jaques Greber, Foveau de Courmelles* şi *Auguste Lumierre,* luxos editată în 2 volume velin, cu 47 planşe originale hors-texte, eminenţii hygienişti francezi *Dr. Gaston Daniel* şi *Albert Daniel* caută după o revistă critică a hygienei clasice să dea cu deosebită competinţă acestei ramuri medico-sociale o orientare nouă, apropiindu-o de Medicina modernă şi *hygiena naturalistă* bazată pe cercetarea marilor Legi naturale.

Abordând vasta sinteză a *Artelor şi Technicilor,* „susceptibile de a fi utilizate în vederea *înfinerirei omenirei,* căreia să-i realizeze dorul de o vieaţă sănătoasă" autorii plasează hygiena integrală în fruntea a 2 importante obiective: Progresului, un viitor uman; Ştiinţelor, scopuri umane.

Studiul legilor naturale, „mentalitatea naturistă", într'un cuvânt Naturismul inspiră Culturismul şi poate procura o bază solidă Psyhicului natural, neartificializat nici degradat.

Ştiinţă şi Artă a Sănătăţei integrale, hygiena, exercitându-şi influenţa sa în toate direcţiunile, trebue să fie atât sintetică cât şi analitică. Ea trebue să îmbrăţişeze toate orizonturile, să conceapă *Omul integral,* care pe lângă o sănătate fizică perfectă să fie armat şi cu un echilibru psihic inalterabil.

„Opera sa cea mai mare va fi liberarea spirituală a omului".

Omul integral ar trebui să se debaraseze de influenţele vieţei moderne care este antinaturală, utilizând *Naturismul* cu tot ce-i pune la îndemână medicina modernă: radiofizica, meteoropatologia, climatologia, studiul ionizaţiunei atmosferice. radioteluriei cât şi toată fizioterapia. Hygiena viitoare va avea ca ţintă de a îngloba atât hygiena individuală cu tendinţă naturistă predominantă, cât şi higiena colectivă şi socială cu tendinţă technică, Hygiena viitoare trebue să impună această formulă a dreptului la sănătate pentru toate clasele Societăţei.

Statistica conţine o documentare considerabilă şi inedită; asemenea apele destinate alimentaţiei.

Inregistrând scăderea sub influenţa hygienei a maladiilor infecţioase, cari fac obiectul unui important capitol, se poate prevede că, datorită technicilor naturiste să se reducă şi mai mult mortalitatea prin tuberculoză, cancer, etc.

Sunt apoi pe rând studiate marile reforme în domeniul agronomiei, în condiţiunile de vieaţă ale indivizilor din toate ramurile sociale (hygiena, educaţia şi instrucţia copilului şt adolescentului; activitatea profesională, repausul, cultura). In fine, *Urbanismul,* e tratat detaliat, subliniind pericolul fluxului uman către oraşe, care duce spre o creştere a mortalităţei şi o decădere a civilizaţiei.

Lucrarea autorilor cuprinde *3 părţi:*

1. *Hygiena clasică* (modernă, preventivă, socială, statistică, individuală, technicile sanitare); 2. *Naturismul* (prehipocratic, hypocratic literar, modern); 3. *Hygienă şi Naturism. Urbanism.*

Este imposibil de a reda într'o scurtă analiză conţinutul acestei opere remarcabile, cu stilul precis şi vasta sa documentare (grafice, traseuri, planuri scheme), pe care o recomandăm călduros tuturor medicilor, politicianilor, oamenilor de cultură — adresând în acelaş timp cele mai vii felicitări celor 2 savanţi igienişti marseiliezi.

C. Daniel.

Die Technik des ungepolsterten Gipsverbandes de *Fritz Schnek.* Zweite Auflage.

Autorul discută procedeul de fixare a fracturilor după metoda lui Böhler şi accentuiază în detail toate inconvenientele cari pot obveni în aplicarea acestei metode. Remarcă că acestea se datoresc numai erorilor de tehnică în execuţia apli-

cării aparatelor gipsate necăptușite. Erorile sunt enumărate în toate variațiunile lor și se insistă asupra execuției corecte a acestei metode. Proclamă acest procedeu ca cel mai bun pentru vindecarea unei fracturi; arată însă și necesitatea de-a ține sub observație permanentă bolnavul, dându-i instrucțiuni în scris ca totdeauna și neîntârziat să reclame ajutorul specialistului, când în decursul tratamentului, observă cauzele cari pot duce la inconveniente.

Iar medicul specialist — autorul aparatului gipsat — va trebui în caz de absență să-și lase un substitut care să poată interveni pentru înlăturarea cauzelor semnalate de către bolnav, cari eventual ar compromite un astfel de procedeu. De sigur că medicul va trebui să elimine din aceste cauze acuzele hipohondrice ale bolnavului.

Cartea este executată în condițiuni tehnice ireproșabile, scrisă într'un stil clar pe 227 pagini cu 270 figuri. Se recomandă tuturor medicilor cari practică chirurgia osoasă. Pentru România cu 25% reducere, prețul este de 473 Lei și se află de vânzare la librăria medicală H. Welther, Sibiu, Str. Regina Maria Nr. 28.

Dr. I. Matinca.

Din reviste medicale

Culese de
Medic Maior Dr. Ursu Liviu.

La animalele suprarenalectomizate aproape total, însă având hypophiza intactă, Collip a observat o revivisceață a capsulelor. La adisonieni a obținut regenerarea glandelor suprarenale, prin injecții cu cortico-stimulină pură (hormon hypophizar suprarenalotrop).

*

In sângele animalelor, tratate cu diverse extracte glandulare impure, Collip a descoperit anti-hormoni, — anticorpi specifici, — cari se datoresc acțiunei antigenice a hormonilor.

*

Histamina, are o acțiune specifică asupra capilarelor, provocând o dilatație generalizată a acestora prin pierderea tonusului, iar pituitrina are acțiune antagonistă.

*

In collapsul circulator difteric, acțiunea hypertensivă a adrenalinei este slabă, pe când pituitrina poate provoca o ridicare apreciabilă a tensiunei arteriale. Baumberger combate insuficiența circulatoare difterică prin hormon cortic-suprarenal și acid ascorbic.

*

Bolnavele de cancer al sânilor fac deseori metastaze osoase, însoțite de hypercalcemie și hyperplazie parathyroidiană.

*

Oedemele gravidice, sunt atribuite unei supraactivități funcționale, a lobului posterior hypophizar sau a complexului hypophyzo-tuberian.

*

La femeile însărcinate, injecțiile de post-hypophizină, determină o mobilizare a chlorului din țesuturi.

*

Gripa este capabilă de a coborî valoarea imunității anti-difterice și de a schimba sensul unei reacții Schick, anterior negativă.

*

Bolnavi de stenoză pilorică, deseori au ureia în sânge mărită, iar după operație scade.

*

Blum a descoperit în sânge o substanță cu proprietăți anti-thyroidiene, numită „catechine tyroidiene".

*

Transformarea megaloblaştilor în normoblaşti, se face sub influenţa principiului activ anti-pernicios a lui Castle, iar transformarea normoblaştilor în hematii este condiţionată de prezenţa ferului, Ca, vitaminei C. şi a thyroxinei, în cantităţi suficiente.

*

Oedemul thyroidian se tratează chirurgical iar hypertrofia difuză a corpului thyroidian, prin radiotherapie.

*

Acţiunea parahormonului asupra sistemului osos nu este locală şi directă, ci se face pe calea unei modificări a metabolismului general.

*

Diagnosticul biologic al tuberculozei prin metoda lui Ninni, se bazează pe injectarea intra ganglionară a substanţelor suspecte de T. B. C. Este mai sensibilă şi mai rapidă ca celelalte procedee.

*

Spirochetoza ictero-hemoragică, este o maladie, care deseori evoluiază fără icter şi fără hemoragie, cu toate semnele unei meningite acute.

*

O maladie oarecare poate redeştepta la un vaccinat un sero-diagnostic latent.

*

După unii autori maladia lui Hodgkin, este o tuberculoză atipică a sistemului reticulo-endothelial determinată de forme granulare dificil de identificat.

*

In cursul chocurilor, anaphilactic şi hystaminic se întâlnesc câteva fenomene sanguine identice — întârziere în timpul de coagulare şi hypercholesterolemie.

*

Histaminei i-se atribuie un rol important în anaphilaxie şi phenomenele allergice de către Fiessniger.

*

Propidon-ul prin acţiunea sa electivă asupra organelor hemato-poietice, intensifică mecanismul de apărare naturală a organismului, după Delbet. Aplicat preventiv în primele 10 ore, în fracturile bazei craniului previne complicaţiile infecţioase reducând foarte mult procentul deceselor.

*

Pyretotherapia, are o eficacitate superioară celorlalte, în rheumatismul blenoragic.

*

Fumul de tutun are o mare putere vasoconstrictoare.

*

In intoxicaţiile acute prin hypnotice, pentru a favoriza eliminarea toxicului, vom stimula prin injecţii intravenoase de euphylline şi vom combate oedemul pulmonar prin injecţii intravenoase de glucoză, inhalaţii cu oxigen şi acid carbonic, venesecţie.

*

Dermo-antergie este vaccinarea organismului întreg printr'o infecţie localizată în piele. Aparatul dermo-epidermic are o funcţiune importantă în elaborarea anticorpilor specifici.

*

In toate cazurile de mărire a azotului rezidual — în special la hepatici — trebue încercat o therapeutică prin uree, asociată cu extract hepatic.

*

Insuficienţa funcţională a cordului în anemii se combate prin transfuzie de sânge, hepato-terapie şi fer în doze mari.

*

Halisteresa = distrucţie osoasă, pe cale humorală.

*

Osteoclasie = distrucţie osoasă prin acţiune celulară macrophagică.

*

Osteomalacia se caracterizează printr'o osteolysă pe cale humorală cu fenomene congestive intense. In Ostheopathia fibroasă tip Reklinghausen şi Paget, ţesutul osos este distrus prin clasie şi măduva devine fibroasă.

*

Parahormonul lui Collip mobilizează calciul pe socoteala trabeculelor, cortexul constituind partea stabilă a osului.

*

Hipovitaminoza D. provoacă tulburări analoage cu hyperparathyroidia, totuşi administrate simultan cu vitamina D. neutralizează efectul injecţiei de parahormoni. Vitamina D. este mai mult un regulator al echilibrului dintre Ca şi P.

*

Hormonul cortical suprarenal se opune mobilizării calciului-antagonist al parahormonului.

*

Hyperphosphatasemia este considerată ca un semn precoce a alteraţiei metabolismului Ca. şi P. (Austoni).

Delmas-Marsalet clasează astfel stările de decalcifiere:

1. Decalcifierea prin insuficienţă de aport cu hypocalcemie; 2. insuficienţă de fixare cu calcemie şi fosfatemie normală ca în maladia Paget; 3. mobilizarea calciului cu hypercalcemie ca în osteoza parathyroidiană.

*

Cercetările lui Tannhauser au arătat, că metabolismul purinelor la gutoşi, nu diferă cu nimic de cel al indivizilor normali. La om nu există ferment urolitic — ca la păsări — acidul uric fiind ultima limită a degradării purinelor.

*

Normal plasma sanguină conţine 0,05‰ acid uric, iar globulele 0,12‰.

$$\text{Raportul } \frac{\text{Uricemie globulară}}{\text{Uricemie plasmatică}} = 2{,}40.$$

In gută acest raport este diminuat în cursul crizelor şi mult mărit (4—5) în intervalul dintre accese.

*

La gutoşi se întâlneşte adeseori colici hepatici „sine materia" datorită contracturi veziculei prin hypovagotonie, cauzat de hyperuricemie. Sunt de aceiaşi origină: o varietate de angor însoţită de alcaloză, hemoroizi şi dilataţiile venoase.

*

Alcaloza şi hypervagotonie se comandă reciproc; un choc anaphilactic provoacă o stare de alcaloză şi invers o alcalinizare excesivă a organismului determină o stare de hypervagotonie.

*

In cursul unei boale acute, virusul T. B. C. latent într'o regiune oarecare a organismului poate fi momentan repus în circulaţie sub influenţa acestei boale (Prof. E. Sergent).

*

Gangrena la diabetici se poate produce prin: 1. arterită, 2. nevrită periferică, 3. infecţie

*

Legea lui Louis: „nu există T. B. C. viscerală, fără un focar pulmonar concomitent".

*

Legea lui Parrot, ori de câte ori un ganglion bronhic este sediul unei lesiuni T. B. C, tot de atâtea ori există şi o leziune T. B. C. pulmonară.

*

După Richer, multe femei T. B. C. prezintă o asimetrie a sânilor — cel mai mic fiind în aceiaşi parte cu leziunea.

*

Mosny şi Stern, consideră ca un semn de alarmă, de aceiaşi valoare ca şi haemoptizia, apariţia unei febre menstruale, febră ce apare în prima lună de sarcină.

*

Hypnoticele, calmantele, revulsivele, injecţiile de soluţie saline sau arseniceale, pot provoca la tuberculoşi o hipertermie.

Administrarea de Antithyreoidin în cura de privaţiune de *Dr. D. B. Afanasjeff* (dela clinica psihiatrică a institutului medical Taschkent) Neuropathologie, Psyhiastrie, Psychohygiene 1936, Vol. 5, Fasc. 7.

Manifestările de abstinenţă deseori destul de violente în cursul curelor de privaţiune, sunt simţitor ameliorate, uneori chiar suprimate, prin *Antithyreoidin* administrată fie sub formă de tablete (0,20—0,30 g. înaintea meselor, de 3—5 ori pe zi (cât şi subcutanat (3—5 cmc. zilnic sau la 2 zile). Acţiunea Antithyreoidinei se recunoaşte prin normalizarea sistemului nervos surescitat. Impresionează în special creşterea apetitului şi a greutăţii corporale, regularea funcţiunilor intestinale şi buna stare psihică.

Mecanismul de acţiune al Antithyreoidinei se pare că ar consta în diminuarea proceselor metabolice în organism, din care cauză este diminuată şi iritabilitatea sistemului nervos.

Observaţiuni cu privire la problema tiroidă-mezencefal de *W. Falta şi E. Fenz* (dela secţiunea I medicală a spitalului Împărăteasa Elisabeta din Wiena. Director Prof. W. Falta). Klinische Wochenschrift 1938 Nr. 5, pag. 148.

Referitor la lucrarea lui Hoff, Gentzen şi Klemm, se împărtăşeşte ipoteza că ameliorarea simptomelor basedowiene prin narcoza mezencefalică cu ajutorul *Prominalului*, se bazează în primul rând pe o mai mare scădere a stării de excitaţie a centrului excito-tiroidian şi pe o înhibare consecutivă a producţiei de tiroxină. Teoria se sprijină în primul rând pe scăderea evidentă a iodului în sânge la basedowieni, prin *Prominal*, lucru care nu apare în cazuri normale. Faţă de obiecţiunea anterioară că prin Prominal se realizează o ameliorare a maladiei lui Basedow numai cât timp durează prominalizarea, se comunică un număr de cazuri în care cercetările de control au arătat o ameliorare simţitoare care a durat încă 1/2—1, 1—2 ani după încetarea curei de Prominal.

Contribuţiuni la tratamentul conservativ al emboliilor pulmonare de *Docent Dr. Jan. Knobloch.* Dela clinica I. Chirurgicală a universităţii „Carol" din Praga (director Prof. Dr. A. Jirasek) şi dela secţiunea I. chirurgicală a institutului de asigurări sociale din Praga al funcţionarilor comerciali şi particulari.

Rozhledy v. chirurgii 1938, Fasc. 1—2.

Eupaverina Merck s'a dovedit ca cel mai eficace spasmolitic al crampelor vasculare în tratamentul emboliei pulmonare. Autorul descrie 4 cazuri în care tabloul clinic traducea o embolie pulmonară masivă şi pe care le-a tratat cu succes cu Eupaverină. Injecţia cu Eupaverină s'a făcut imediat după apariţia simptomelor de embolie şi a fost repetată la intervale de mai multe ore. Tratamentul cu Eupaverină a fost continuat şi în zilele următoare (de 3 ori pe zi câte o injecţie).

Rezultate clinice cu Ephetonin liquidum compositum Merck, de *Dr. Erwin Müller* (dela secţiunea internă a lazaretului Neuer ode) Deutsche med. Wochenschrift 1938, No. 10, pag. 339.

Autorul a încercat acţiunea Ephetoninei Liq. compositum asupra mai multor bolnavi. S'a administrat în special pentru prevenirea şi înlăturarea turburărilor circulatorii în cursul maladiilor infecţioase. Cercetările amănunţite au arătat că Ephetonin liq. comp. depăşeşte cu mult adrenalina în ceeace priveşte durata şi durabilitatea efectului. Mai oferă faţă de adrenalină şi preparatele asemănătoare adrenalinei avantajul de a putea fi administrat cu dozare precisă pe cale bucală, fără a diminua prin aceasta eficacitatea şi perfecta tolerabilitate. Cu doze izolate de 8—10 picături s'a putut obţine o perfectă susţinere a circulaţiunii în infecţiuni (pneumonie, gripă, difterie, etc.). In turburări care lasă

să se întrevadă o participare preponderantă a inimei, sub formă de miocardită, s'au arătat ca foarte eficace doze de 8—10 picături la intervale de 2—3 ore. O ameliorare subiectivă şi obiectivă a apărut foarte repede. Ameliorarea obiectivă a putut fi constatată şi pe electrocardiogramă.

Contribuţiuni la chestiunea turburărilor de pasaj ale pilorului la sugari de *Med. şef. Dr. Meissner* (dela clinica infantilă universitară din Rostock). Archiv für Kinderheilkunde 1937, Vol. III., Fasc. 3, pag. 149.

După părerea autorului, turburările de pasaj ale pilorului, trebue încercat mai întâiu tratamentul conservativ şi când acesta eşuează, să se recurgă la tratamentul operator. Cel mai bun rezultat al tratamentului intern se bazează şi astăzi încă pe hrana aleasă individual şi pe modul de administrare al acesteia. In ceeace priveşte tratamentul medicamentos autorul nu a putut obţine rezultate demne de menţionat cu atropină sau diferite alte spasmolitice. Cu Eupaco „Merk" (de 2—3 ori câte 1/2 supozitor pentru copii) s'a putut observa o influenţare evidentă a vărsăturilor. 5 cazuri cari nu au putut fi influenţate au fost operate şi în 3 cazuri s'a constatat o stenoză pilorică cu o hipertrofie musculară foarte marcată. Aceste 3 cazuri cu stenoză de natură organică ar trebui să fie considerate ca improprii tratamentului cu Eupaco. Cercetări ulterioare vor stabili dacă Eupaco poate fi întrebuinţat în scop diagnostic diferenţial între turburări de pasaj organice şi spastice. Tratamentul operator a fost făcut de autor după normele de bază impuse de Ramstedt.

Comunicare despre rezultatele obţinute cu Vogan în Keratomalacie şi Xeroftalmie de *Dr. H. D. Wu*, Schanghai City Government Hospital, Kiangwan. „Thung-Chi Acta Medica" Martie 1937, No. 1, pag. 153.

Keratomalacia este o boală foarte des întâlnită în China, care atinge de predilecţie copiii din straturile populare de jos. Autorul comunică trei cazuri grave de acest fel la copii de 2,1/4 — 3,1/4 şi 7 ani, pe cari le-a putut vindeca repede cu Vogan 3×3 pic. pe zi) şi tratament local. Totdeodată s'a putut convinge de buna acţiune curativă a Vogan-ului într'o serie de cazuri de Keratomalacie şi Xeroftalmie cât şi într'un număr de cazuri de trahom cu adenopatii şi Keratomalacie.

Pentru înlăturarea leucopeniei, datorită razelor X. de *Dr. C. Carrié* (dela institutul radioterapic al Academiei de Medicină din Düsseldorf. Director Prof. H. Th. Schreus). Klinische Wochenschrift 1938, No. 5, pag. 163.

Cercetări făcute au arătat că administrarea intramusculară de Cebion la începutul tradiaţiunilor X. pot preveni scăderea numărului de leucocite. O leucopenie postradioterapică deja existentă, poate fi deasemenea influenţată prin Cebion.

Pe baza acestor rezultate, Cebion-ul pare a fi indicat pentru profilaxia şi tratamentul leucopeniei datorite razelor X.

Tratamentul cu vitamină B_1, în special în Myeloză funiculară, de *Dr. Hans Zettel.* (Dela policlinica III-a medicală a universităţii din Berlin. Director: Prof. Dr. W. Unverricht). Münchener Med. Wochenschr. 1938, Nr. 7, pag. 254.

In mai multe cazuri de myeloză funiculară, tratamentul injectabil cu doze mari de vitamină B_1, în cea mai mare parte sub formă de Betabion „forte", a dat ameliorări surprinzătoare. Rezultate foarte bune s'au obţinut şi în afecţiuni nervoase izolate ca nevralgii intercostale, sciatică, nevralgii ale trigemenului, nevrită a antebraţului, herpes zoster etc. O nevralgie intercostală apărută în 1921 în urma unei toracoplastii a putut fi suprimată complet prin 12 injecţiuni de Betabion a 1 mg. O myeloză funiculară datând de 6 ani cât şi 2 cazuri de paralizie spinală spastică şi scleroză în plăci nu au putut fi influenţate. Dozarea diferă de la individ la individ deoarece şi eficacitatea vitaminei

B1 injectată diferă dela caz la caz. Autorul crede că rezultatele tratamentului cu vitamină B1 sunt datorite în mare parte unui efect curativ special. Numai regimul alimentar bogat în vitamină B1 este insuficient; deasemenea tratamentul pe cale bucală cu vitamină B1 are un efect mai mic decât pe cale injectabilă.

Tratamentul hipersomniei postencefalitice cu Ephedrină (Ephetonină) de *H. D. von Witzleben* (dela sanatoriul Kreischa din Dresden med. şef.: Dr. von Witzleben). Therapie der Gegenwart 1937, Fasc. 10, pag. 475.

Plecând dela observaţia că hipersomnia postencefalitică se aseamănă în unele puncte cu narcolepsia, în tratamentul căreia sau obţinut deseori succese frumoase cu Ephetonină, autorul a încercat acest medicament şi în aceste cazuri. Astfel a putut trata cu succes mai mulţi bolnavi. Dozarea diferă dela individ la individ. De cele mai multe ori sunt suficiente cantităţi mici de Ephetonină, care pot fi administrate vreme îndelungată fără nici o turburare din partea aparatului circulator, recomandându-se totuşi intercalarea de pauze regulate.

Hipovitaminoză şi osteomielită de *W. Wachsmuth* şi *G. Heinrich* (dela secţiunea chirurgicală a lazaretului München. Diriginte: Prof. Dr. W. Wachsmuth). Klinische Wochenschrift 1938, No. 8, pag. 269.

Autorii referă despre un caz în care după o anghină scarlatinoasă gravă, au apărut procese osteomielitice simetrice în ambele tibii. Cauze mecanice, ca încetinirea curentului circulator sub formă de stupi microbieni, provocată de fagocitoză, poate fi încriminate tot aşa de puţin ca şi dispoziţia epifizelor f. bogate în perioada de creştere. Toate împrejurările pledează pentru un factor supra-adăogat prin care se favorizează apariţia unei osteomielite generalizate. Un asemenea factor ar fi după autor hipovitaminoza provocată de o hrănire insuficientă îndelungată, care în cazul de faţă a existat cu siguranţă. Din cauza carenţei în vitamine, măduva osoasă pare a fi foarte deranjată în funcţiunea s'a biologică de apărare. Din aceste presupuneri reiese posibilitatea unui nou tratament al osteomielitei, pe lângă intervenţia chirurgicală; afară de aceasta se pare că în cursul maladiilor infecţioase, se poate preveni pericolul metastazelor în măduva osoasă printr'o administrare bogată de vitamină C. In cazul de osteomielită comunicat, autorii au realizat printr'o hrănire bogată în vitamine şi prin administrarea de Cebion, o ameliorare vădită a stării generale.

Administrarea epidurală şi intrarahidiană a vitaminei B1 de *Adof Friedman* (Bellelay) Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psihiatrie 1937, Vol. 39, (fascicol suplimentar)

Autorul a obţinut rezultate excelente cu administrarea intrarahidiană şi epidurală de vitamină B1 în parte sub formă de Betabion, în 2 cazuri grave de psihoză Korsakov cu paralizie completă şi demenţă gravă şi într'un caz de paralizie tip Landry (după o cură de arsenobenzoli) după ce administrarea injectabilă obişnuită a eşuat. Cam după patru luni toţi 3 bolnavii şi-au recăpătat posibilitatea de muncă şi de mers; chiar demenţa organică s'a ameliorat întrâtâta încât bolnavii şi-au redobândit complect orientarea în timp şi în spaţiu.

Polinevrite gravidice (vomisnente incoercibile ale gravidelor de *Profesor Nürnberger*. Şedinţa asociaţiei medicale din Halle A. S. din 1. 12. 1937. Klinische Wochenscrift 1938. No. 9, pag. 335.

Se comunică excelentul succes terapeutic obţinut într'un caz de polinevrită gravidică cu injecţiuni zilnice de Betabion „forte". Acelaş rezultat s'a observat şi în vomismente incoercibile ale gravidelor. Bunele rezultate cari au putut fi semnalate chiar în cazuri foarte grave dau un imbold pentru a încerca acest tratament.

Kröber, Tang-Terr. **Rezultatele cu Atebrin per os în profilaxie, şi în injecţiuni în tratamentul malariei**". Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene 1936, Vol. 40, No. 3, p. 119.

In tratamentul unor cazuri grave de malarie s'au obţinut rezultate foarte bune cu Atebrin-Musonat. Se citează mai ales cazul unei hinduse cu o malarie cerebrală gravă, care a venit în tratament după ce a zăcut mai multe zile în stare inconştientă. Cu o doză iniţială de 0,10 gr. Atebin intravenos, în ziua următoare 0,30 gr. în două injecţiuni paraziţii au dispărut din sânge, a 6-a zi după o doză totală de 2,50 gr. Atebrin bolnava era complet restabilită.

Grayson, Hastings, Stewart şi Moss: **„Malaria în Arkansas"**. Arkansas Medical Society, 1936, Vol XXXII, Nr. 8, pag. 123.

In două tabere de prizonieri, cu ocazia unei examinări generale s'au găsit: 61 cazuri de febră terţă, 51 febră tropică şi 1 caz de infecţiune mixtă. Toţi pacienţii au fost trataţi cu 0,10 gr. Atebrin de 3 ori pe zi, timp de 5 zile, apoi imediat cu 0,03 g. Plasmochin pe zi pentru Tropica şi 0, 02 gr. pe zi pentru cazurile de febră terţă, deasemenea timp de 5 zile. După 60 de zile au mai putut fi recontrolaţi 73 din pacienţi, din cari numai 2 au avut sângele pozitiv. Posibilitatea unei reinfecţiuni nu putea fi totuşi exclusă. Acest indice de recidivă sub 3% se consideră a fi excelent. Aceste produse se recomandă pentru experienţe mai mari în combaterea malariei din Arkansas.

Foy, Kondi şi Peristeris: **„Studii cu privire la Atebrin"**. O experienţă controlată de campanie pentru examinarea influenţei Atebrin-ei asupra procentului de recidivă Transact. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 1936, Vol. 30, Nr. 1.

Autorii descriu experimente comparative foarte precis controlate dintre Atebrin, chinină + Plasmochin, chinină şi martori netrataţi.

O populaţiune de 200 persoane, care prezintă un indice splenic de 92% şi un index hematologic de 38% (Ianuarie) până la 58% (August) a fost împărţită în 4 grupe egale. Fiecare grupă a primit un alt tratament. Tratamentul s'a aplicat în luna Ianuarie, 4 luni mai târziu în luna Mai s'a efectuat primul control. La fiecare examinare a sângelui s'a luat în 3 zile consecutive câte o probă, doza de Atebrin era de 3 ori pe zi o tabletă timp de 5 zile.

Controlul sângelui în luna Mai a arătat pentru grupa cu Atebrin un indice de 12%, pentru grupa de chinină Plasmochin 17—20%, pentru grupa de chinină 27—31%, penru grupa martoră 36—42%. Trebue notat apoi că în grupa Atebrin numai un pacient a luat de la sine chinină obişnuită în Grecia la orice ocaziuni, pecând de ex. în grupa martoră 32% din pacienţi au luat doze mai mari de chinină în perioada de observaţiune.

Carman şi Cormak, Kenya, **„Atebrin-Musonat în tratamentul malariei"**. Transact Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 1936, Vol. 26, Nr. 4, pag. 381.

In total au fost tratate 34 cazuri de malarie (33 tropica, 1 quartă) cu Atebrin-Musonat, iar de control au servit deasemenea 34 cazuri, (33 tropice şi 1 terţă combinat cu tropică), tratate cu chinină.

Autorii declară după aceste rezultate, introducerea de Atebrin-Musonat, ca un progres definitiv în terapia malariei. Fenomene secundare au lipsit complect atât la injecţia intravenoasă cât şi la cea intramusculară. Administrarea intramusculară de 0,30 g. Atebrin-Musonat timp de 3 zile este considerată ca cea mai bună metodă de aplicare.

Simptome pernicioase au fost înlăturate prin Atebrin-Musonat la fel de repede ca şi prin chinină pe cale parenterală, convalescenţa însă era mult mai scurtă după tratamentul cu Atebrin-Musonat. Se mai aminteşte tratamentul eficace a unui caz de febră hemoglobinurică prin Atebrin-Musonat.

J. Kretchmer, Spitalul Wieden-Viena: **Despre Manetol, noul hemostatic.** Wien. med. Wosehr. 1937, No. 43, pag. 1119.

Acţiunea preparatului Manetol, un medicament organic produs din măduva spinării a epurelui şi standardizat pe cale biologică, pare a se baza, în opoziţie cu celelalte hemostatice de până în prezent, nu pe o promovare a coagulării, ci pe factori în bună parte încă nedeterminaţi. Cercetările făcute de *Ripke* şi *Döttl* (Medizin u. Chemie vol. 3) au arătat că Manetolul, chiar în doze mai mari, nu influenţează sângele în vitro. Manetol, care se află în comerţ în fiole uscate, se dizolvă (complet) în 2 cmc. apă destilată; injecţia intramusculară nu produce dureri, nici alte fenomene secundare. Kretschmer a făcut experienţe cu Manetol la peste 100 de pacienţi; între aceştia au fost unii, la care alte hemostatice au dat eşec, obţinându-se succese incontestabile abia după administrarea de Manetol.

Astfel hemoragia consecutivă unei amigdalectonii, la un medic de 28 de ani, a rezistat oricărei încercări de a opri, 20 minute după injecţia cu Manetol hemoragia s'a oprit complet. O femeie colemică de 58 ani a sângerat de circa 24 de ore, într'un jet subţire, din ţeastă. Bandajele de compresiune şi hemostipticele au rămas fără folos. In urma injecţiei cu Manetol hemoragia sa oprit în timp de 30 minute. La o femeie de 53 ani cu hemoragie gravă (1000 cmc.) la începutul tractului gastro-intestinal, s'a putut obţine oprirea trecătoare a sângelui prin calciu. Oprirea definitivă s'a obţinut abia prin Manetol. La un bărbat de 47 ani s'a ivit după o rezecţie stomacală pentru ulcer, de 2 ori hematemeză, cu o pierdere de sânge de ca. 300 cmc. de fiecare dată. Sângerarea a putut fi oprită prin Manetol. O acţiune profilactică excelentă s'a obţinut cu Manetol la 2 paciente icterice, care urmau să fie supuse, colecistectomiei. Prima injecţie s'a administrat în preziua, a doua cu 1 oră înainte de operaţie. Ambele paciente n'au sângerat aproape de loc.

Manetol a dat rezultate şi în tratamentul ambulatoriu — în hemoragii nazale sau după extracţiuni dentare. Şi în aceste cazuri rezultatele au fost bune, în timp ce alţi medici din afară au încercat în zadar tamponarea cavităţii bucale şi au administrat hemostice fără nici un rezultat.

E. Mühle, Timişoara: **Comunicare provizorie asupra terapiei cu ficat în hiperemeza gravidelor.** Med. Zschr. 1937, Nr. 7, pag. 223.

Autorul a putut obţine rezultate rapide şi sigure cu injecţiuni de Campolon, chiar şi în cazurile unde orice alt medicament eşuase. Multe sarcini trebuesc întrerupte din cauza vărsăturilor graviditătii, aşa încât Mühle — deşi experienţele sale nu sunt numeroase — recomandă de urgenţă terapia prin Campolon. 4 observaţiuni demonstrează acţiunea rapidă şi favorabilă a terapiei cu ficat în hiperemeza gravidelor:

1. O femeie de 29 ani cu prima sarcină, în a 2-a lună suferea de 2 săptămâni de greţuri, vărsând orice aliment. In timp de două săptămâni ea a slăbit cu 7,5 kg. Urina normală. In urma dietei fără lapte şi carne, şi calciu gluconat, nu se poate înregistra o ameliorare. Bolnava primeşte apoi 2 cmc. Campolon intramuscular; a doua zi vărsăturile dispar, starea generală mult ameliorată. După alte două injecţiuni dispare şi secreţiunea salivară intensă. Gestaţia a decurs în mod normal.

2. Gravidă pentru prima oară în a 3-a lună suferă de o lună de vărsături, după orice mâncare. Pacienta se simte foarte rău. Urina şi tensiunea sanguină normală. După prima injecţiune cu Campolon vărsăturile dispar. In afară de tratament staţionar, odihnă la pat şi dietă, nu s'a făcut nici o altă medicaţiune. După a 3-a injecţiune de Campolon pacienta se simte mai întărită şi este concediată după ameliorarea completă.

3. Femeie în a 2-a lună, vărsături ameninţătoare. Dietă, odihnă la pat şi injecţii cu calciu nu dau niciun rezultat. Din cauza stării mizerabile, bolnava doreşte între-

ruperea sarcinii. După primirea în spital i se administrează o injecție cu Campolon, vărsăturile dispar. A 2-a zi Campolon+ Calciu, nu mai are vărsături; a 3-a zi de probă, numai calciu și dietă, vărsăturile apar din nou. Se dă în continuare zilnic (5×2 cmc.) Campolon fără calciu. Pacienta nu mai varsă și se simte mai bine.

4. Femeie în prima lună, internată de 2 săptămâni pentru grețuri și dureri de stomac, varsă de 3—4 ori pe zi după fiecare mâncare. Inapetență totală, slăbiciune pronunțată, producând colaps. Odihnă la pat, dietă și calciu nu ajută de loc. După prima injecție de Campolon greturile dispar îndată, bolnava nu mai varsă mâncarea. A doua injecție de Campolon suprimă a doua zi în mod definitiv greturile reapărute.

H. Ahringsmann, Hamburg, **Vindecarea boalei lui Bang cu Prontosil**. Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 45, pag. 1778.

Un lăptar în vârstă de 33 ani se îmbolnăvi de tuse, guturai, dureri de gât, apoi oboseală și dureri articulare. Plămânii normali. Deși 39° febră, îi lipsește o senzație de boală corespunzătoare. Totuși febra de 39° a durat timp de 10 zile. Bolnavul bău zilnic lapte crud. Diagnosticul infecțiunei Bang a fost făcut prin examenul de aglutinare. S'a dat în a 45-a zi de boală de 3 ori pe zi câte 1 tabletă Prontosil; febra scăzu chiar din prima zi, dispărând abea în a 7-a zi, fără a mai reveni. Bolnavul a primit mai întâi timp de 2 săptămâni câte 3 tablete pe zi, apoi câte 1 săptămână 2 și 1 tabletă și de atunci nimic. Omul e acum de mult ocupat; aglutinarea Bang este negativă. *Jacobsen* (Glücksberg) a comunicat lui Ahringsmann următoarea observațiune:

A fost vorba de un măcelar în vârstă de 28 ani, care venise la tratament în ziua de 7 III. 1937, întrucât avea de 2 săptămâni temperatură, starea generală rea, dureri de cap, senzații de răceală. Rezultatul examenului: Bărbat puternic, bine hrănit. Faringele ușor aprins. Ușoară bronșită. Splina bine palpabilă. Temperatura 39,6°, 9-3-37. Aglutinarea dă rezultatul de Bang pozitiv 1:2000. La o doză de 3 ori 1 tabletă Prontosil pe zi, scăderea litică a febrei în timp de o săptămână. Pacientul în timp de 5 luni cât a mai fost observat nu a făcut nici o recidivă. Interesantă este aglutinarea observată în acest caz: In ziua de 9. 3. 37. 2000 poz. In 6. 4. 37. 1:1000 poz. In 11. V. 37. 1:1000 slab. poz. In. ziua de 18. 6. 37. 1:200 slab poz. In ziua de 3. 8. 37. Negativ.

O altă observațiune în care se vorbește de vindecarea unei infecțiuni Bang prin Prontosil este comunicată de Berger și Schnetz (Med. Klin. 1937, Nr. 18) și Suchier (Fortschr. Ther. 1937, Nr. 18). Acțiunea terapeutică a Prontosilului în infecția Bang sugerează întrebuințarea sa în febra tifoidă, care este o boală înrudită. Această încercare a fost făcută de *Kieve* (Clin. Excerpts 1936, Nr. 8/9), care a scurtat evoluția unei febre tifoide, care dura de săptămâni, la 8—10 zile, și a salvat pe un bolnav de febra tifoidă prin injecții intramusculare de Prontosil solubil.

Despre tratamentul furunculozei cu vitamina A. *W. Baetzner*, Clinica chirurgicală a spitalului Robert Koch, Berlin Zbl. Chir. 1937, Nr. 6, S. 322.

Incă în 1935, *Baetzner* a făcut o comunicare la societatea de chirurgie din Berlin, asupra efectului impresionant al ungventelor de Vogan în tumori. Intre altele, o tumoare profundă extrem de rebelă pe decubit a putut fi vindecată prin ingerare de Vogan în formă de picături și prin picurare pe plagă, iar mai târziu prin alifie de Vogan (1%) în timp de câteva săptămâni. Inainte cu 2 ani, Vogan a fost încercat pentru prima oară și într'o furunculoză rebelă. După ce bolnavul primise câteva zile dearândul 1—2 ori pe zi câte o picătură de Vogan în soluție uleioasă, regiunile purulente au început să se usuce; furunculi noi nu au mai apărut. Bazat pe această experiență, s'au tratat apoi furunculi la sportivi în același fel, obținându-se aceleași rezultate favorabile. Recent, a putut fi vindecat un furuncul

grav al cefii şi un carbunchi întins al gambei, la care tratamentul chirurgical şi pansamentele cu alifie de Unguentolan au eşuat, prin administrare de Vogan, a fost vindecat în puţine zile fără recidivă.

După Hübel (Fortschr. Ther. 1935, H 2) se pot vindeca în puţine zile cazurile cele mai grave şi de cea mai variată natură prin câte 3—8 picături de Vogan de 2 ori pe zi la copii cu debilitate generală. Pillat (Mercka Jb. 1935) a observat în China modificări cutanate sub forma unei piei aride caracteristice, numeroase comedoane şi abcese, regresând după administrare abundentă de untură de peşte sau Vogan. In ceeace priveşte dozarea, Baetzner, care a tratat cu Vogan furunculoza în toate stadiile, are impresia că numai dozele mici au un efect suficient.

Dr. I. Matinca.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu.

Activitate medico-socială.

Echipa compusă din: Dr. I. Stoichiţia, Dr. Stefan Popescu, Dr. Aurel Bulicrea, D-şoarele M. Manta şi N. Voronoff, s'a deplasat cu aparatul „Röntgen", transportabil dela Inspectoratul General Sanitar Sibiu în comunele Scoreiu, Porumbacul de sus şi Galaţi din judeţul Făgăraş, unde a depus următoarea activitate:

In ziua de 10 Iunie a. c. în comuna Scoreiu s'au executat 305 radioscopii.

In ziua de 11 Iunie 178 radioscopii.
„ „ „ 13 „ 222 „
„ „ „ 15 „ în comuna Porumbacul de sus s'au executat 193 radioscopii.

In ziua de 18 Iunie 266 radioscopii.
„ „ „ 19 „ 304 „
„ „ „ 26 „ în comuna Galaţi s'au executat 553 radioscopii.

In ziua de 29 Iunie 247 radioscopii.

In total în decursul lunei Iunie s'au executat în 8 zile de deplasare 1963 de examene radioscopice în comunele rurale din judeţul Făgăraş.

In decursul lunei August a. c. echipa compusă din Dl Dr. Stefan Popescu, D-şoara M. Manta şi D-ra N. Voronoff, s'a încadrat dimpreună cu aparatul „Röntgen" transportabil în Campania sanitară organizată de Ministerul Sănătăţii. In decursul acestei luni echipa a lucrat în comunele rurale din judeţele Alba, Făgăraş, Braşov şi Treiscaune, executând circa 10.000 de examene radiologice.

In decursul lunei Septemvrie, tot în cadrele Campaniei sanitare, echipa va continua să activeze în comunele rurale din judeţele: Ciuc, Odorheiu, Târnava-Mare şi Târnava-Mică, în conformitate cu programul şi itinerarul întocmit de Inspectoratul General Sanitar Sibiu.

In ziua de 3 Iulie a. c. s'a executat în comuna Presaca din judeţul Sibiu o minuţioasă anchetă medico-socială.

Echipa de medici a fost compusă din D-nii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. Cosma, Dr. Popescu Stefan, Dr. Păcurariu, Dr. Mitter, Dr. Cristian, Dr. Matinca, Dr. Pogorelţ, Dr. Thullner, Dr. Lupaş, Dr. Roşca, Dr. Teleman, Dr. Lungu, D-na Dr. Armean, Dr. Stanciu, Dr. Löwy, Dr. Oprean, Dr. Kenst, Dr. Comşa, Dr. Blaga şi Dr. Susan. Farmacist Victor Pop. Surori de ocrotire: M. Manta, V. Simonis, V. Manta, E. Topolog şi Ana Nechifor. Oameni de serviciu: Duma, Chiroiu şi Guţă.

S'au cercetat în total 217 gospodării din comună înregistrându-se în fişe sanitare individuale toate constatările de ordin igienic şi medical.

Din punct de vedere medical s'au examinat 821 persoane.

Medicamente gratuite au primit 237 de bolnavi.

S'au dat următoarele consultaţiuni medicale de specialitate:

Boli interne . . .	*35*	*consultaţiuni.*
Ginecologie . . .	*18*	*„*
Oftalmologie . . .	*26*	*„*
Dermatologie . . .	*23*	*„*
Neurologie . . .	*14*	*„*
Dentare	*26*	*„*
Reacţii Wasermann	*26*	*„*
Radioscopii . . .	*153*	*„*

Ancheta a început la ora 9 dimineaţa şi s'a terminat la ora 16 p. m.

Aviz.

In zilele de 2, 3 şi 4 Octomvrie a. c. va avea loc la Sibiu odată cu „Zilele medicale", organizate de Filiala Asociaţiei generale a medicilor din localitate şi congresul anual al Societăţii de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie, Endocrinologie şi Medicină Legală.

Rapoartele ce se vor prezenta au următoarele subiecte:

Psihologie: ***Clinica psihologică,*** raportor Dl Profesor Ştefănescu-Goangă;

Psihiatrie: *a)* ***Invăţământul psihiatric,*** raportor Profesor Dr. Tomescu;

b) ***Organizarea unui centru biopsihiatric,*** raportor Dr. G. Preda;

Endocrinologie: ***Splina,*** raportor Dr. I. Ornstein;

Medicină Legală: ***Secretul medical,*** raportor Prof. Dr. N. Minovici;

Neurologie: ***Leucoencefalitele*** (în afară de Scleroza în plăci), raportor Dr. T. Horneţ.

Va avea loc şi o conferinţă publică, ţinută la Dl Profesor Dr. Parhon, cu Subiectul: ***Raportul dintre funcţiile nervoase şi psihice şi cele endocrine în stare normală şi patologică.***

Dnii raportori sunt rugaţi a-şi trimite până la 1 Septemvrie a. c., rapoartele cu câte un rezumat în franţuzeşte şi nemţeşte. Fiecare rezumat va avea un conţinut de maximum 20 rânduri de tipar.

Toţi membrii societăţii care doresc să ţină comunicări cu subiecte ce intră în cadrul vreuneia din rapoartele susmenţionate, sunt rugaţi a-şi trimite până la 1 Septemvrie a. c., un rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte; conţinutul fiecăruia să nu treacă mai mult de 10 rânduri de tipar.

Totodată se aduce la cunoştinţă că membrii nu pot ţine la congres decât câte o singură comunicare pentru fiecare raport.

Dat fiind numărul mare al rapoartelor şi al conferinţelor (în special a acelor rezervate „Zilelor medicale") se limitează la maximum 40 minute durata unui raport şi la 5 minute aceea unei comunicări. La discuţii se acordă 5 minute pentru acel ce doreşte să ia cuvântul şi 10 minute pentru unicul răspuns al raportorului.

Subiectele comunicărilor şi adeziunile se vor trimite pe adresa: Dr. Th. Stoenescu, medic primar Spitalul de boli mintale Sibiu.

Un program detailat se va întocmi numai după primirea subiectelor.

Sibiu, la 30 Iunie 1938.

COMITETUL ORGANIZATOR.

Al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză. *In zilele de 23, 24, 25 Septemvrie a. c. va avea loc la Cernăuţi al IV-lea Congres Naţional de Tuberculoză, la ordinea de zi fiind următoarele:*

1. Tuberculoza în mediul rural.
   Raportori: *Prof. M. Ciucă: Aspectul General al problemei. G.-ral Dr. I. Bălănescu şi Cpt. I. Gaspar, Prof. I. Moldovan şi Agregat Zolog (Cluj), Prof. I. Bălteanu şi Conferenţiar I. Alexa (Iaşi), Dr. Stoichiţia (Sibiu) şi Dr. M. Nasta şi I. Gaspar (Bucureşti): Rapoarte documentare.*
2. Turburările metabolismului în tuberculoză şi metodele terapeutice menite să le influenţeze.
   Raportor: *Prof. Gh. Popoviciu (Cluj).*
3. Tuberculoza laringelui.
   Raportor: *Dr. I. Ţeţu (Bucureşti).*
4. Rolul Infirmierei Vizitatoare în lupta antituberculoasă.
   Raportor: *Doamna Costriş (Iaşi).*

După Congres va avea loc o excursiune la Mânăstirile bucovinene.

Inscrierile se primesc la Secretarul General al Societăţii pentru Studiul tuberculozei: Dr. M. Nasta, 103 Splaiul Independenţei (Institutul de seruri şi vaccinuri Dr. I. Cantacuzino). Taxa de înscriere este de Lei 300.

Domnii Medici cari doresc a face comunicări (numai în legătură cu chestiunile la ordinea de zi), sunt rugaţi a anunţa odată cu înscrierea şi titlul comunicării.

După informaţii recente acest congres s'a amânat pentru primăvara anului 1939.

Formarea Comitetului român al alimentaţiei. *In conformitate cu sugestiunea Secretariatului general al Societăţii Naţiunilor, s'a format de Ministerul Sănătăţii un Comitet român al alimentaţiei din care fac parte:*

Miniştrii departamentelor internelor, economiei naţionale, muncii şi sănătăţii, lucrărilor publice, agriculturii, educaţiei naţionale, apărării naţionale; profesorii d-ri Combiescu, M. Ciucă, I. Moldovanu, D. Mezincescu, Gh. Proca, I. Bălteanu, Gh. K. Constantinescu, T. Săvulescu, Cornăţeanu, I. Niţescu, I. Niţulescu şi d-nii d-ri M. Enescu, conf. dr. I. Alexa şi directorul sănătăţii din minister. Ca secretari ai comitetului au fost desemnaţi d-nii d-ri C. Anghelescu şi C. Gheorghiu din ministerul sănătăţii.

Printre problemele ce vor fi luate în studiul comitetului român al alimentaţiei, citäm următoarele:

1. Studiul ştiinţific pentru determinarea regimului optim şi potrivit structurii economiei, climatic, etc. a ţării;

2. Invățământul tehnic al problemelor de alimentație, pentru toate clasele de auxiliari sau de personal medical, inclusiv studenții în medicină;

3. Instruirea marelui public în materie de alimentație;

4. Colaborarea cu organizația de igienă a Societății Națiunilor, în domeniul medicinei sociale;

5. Colaborarea internațională în acest domeniu;

6. Aprovizionarea populației care are venituri mici, a femeilor-mame, a sugacilor, copiilor și adolescenților;

7. Satisfacerea nevoilor alimentare a șomeurilor adulți sau nevoiași;

8. Ridicarea nivelului alimentației populare prin scăderea prețurilor alimentelor protectoare, distribuția lor judicioasă în diversele regiuni ale țării, colaborarea între cooperative sau alte organizații de producători și consumatori;

9. Unificarea internațională a tehnicei analizei și controlului alimentelor;

10. Incadrarea în tipuri standard pentru o clasificare a speciilor alimentare după calitatea lor;

11. Studiul modificărilor în materie de politică economică generală și politică comercială, în vederea îmbunătățirei standardului alimentar;

12. Coordonarea lucrărilor tuturor organismelor cari se ocupă în țară cu problema alimentației;

13. Colectarea informațiilor asupra consumului alimentar în familii din diverse grupe de profesiuni și asupra repartiției populației după venitul familial;

14. Examinarea mijloacelor de ameliorare a statisticelor naționale asupra producției și consumului diferitelor produse alimentare;

15. Informarea institutului internațional de agricultură în privința producției, consumului național și prețurilor alimentelor.

Nouii profesori ai Facultății de medicină din București. *La Facultatea de Medicină din București s'au completat catedrele vacante, făcându-se următoarele numiri de profesori:*

Dl agregat Dr. N. Ionescu-Siești a fost numit profesor titular la catedra de clinică neurologică.

Dl agregat Dr. Traian Nasta a fost numit profesor titular la catedra de Anatomie topografică.

Trecerea institutelor antirabice la Ministerul Sănătății. *In ziua de 23 August a fost semnat de Suveran următorul decret-lege prin care institutele antirabice au fost trecute la Ministerul Sănătății.*

Art. 1. — *Institutele și serviciile antirabice trec în administrațiunea și controlul ministerului sănătății și ocrotirilor sociale.*

Localurile ocupate de aceste institute şi servicii, cu întreg utilajul lor, trec în folosinţa ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

Art. 2. — *Secţia antirabică dela „Institutul Dr. V. Babeş" devine secţia antirabică la „Institutul de seruri şi vaccinuri Dr. I. Cantacuzino".*

Secţia antirabică dela „Institutul Pasteur" din Cluj, devine secţia antirabică pe lângă Institutul de igienă şi sănătate publică din Cluj, înglobându-i-se şi Institutul antirabic din aceiaşi localitate; de acelaş institut va depinde şi subcentrul şi azilul antirabic din Timişoara.

Institutul antirabic din Iaşi devine secţie antirabică pe lângă institutul de igienă şi sănătate publică din Iaşi; de acelaş Institut vor depinde: Institutul antirabic din Cernăuţi, secţia antirabică din Chişinău, ambele cu azilele antirabice respective şi subcentrul de tratament şi azilul antirabic din Galaţi.

Art. 3. — *Personalul bugetar al acestor institute şi servicii îşi păstrează drepturile ce au în momentul publicărei acestei legi.*

Art. 4. — *Sumele prevăzute în bugetul ministerului educaţiunei naţionale pe exerciţiul 1938—1939, pentru plata personalului şi întreţinerea acestor institute şi servicii, vor fi trecute pe seama ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale.*

Art. 5. — *Pe lângă fiecare din institutele antirabice va fiinţa, acolo unde nu există încă, în marginile necesităţii, câte un azil.*

Art. 6. — *Dispoziţiunile contrarii legii de faţă se abrogă.*

Săptămâna medicală balcanică dela Istanbul. *In anul 1932 a fost fondată la Bucureşti cu ocazia conferinţei balcanice, o uniune a medicilor din Balcani, având drept scop de a înlesni relaţiunile sanitare şi medicale ale ţărilor şi medicilor din Balcani.*

In acest scop s'au organizat periodic „Săptămânile medicale balcanice", care au avut loc în 1932 la Atena, în 1933 la Belgrad, în 1935 la Bucureşti şi în 1936 la Istanbul.

A cincea săptămână medicală balcanică va avea loc anul acesta între 7—14 Septemvrie tot în Turcia. Deschiderea congresului va avea loc la Istanbul în Palatul Jldiz-Kyosk unde se vor ţine şi primele două şedinţe. Congresul va continua apoi la Smirna, în cadrul Târgului Internaţional şi se va închide la Ankara.

In programul desbaterilor se cuprinde o temă foarte importantă: Paludismul în ţările balcanice.

Raportor pentru ţara noastră a fost desemnat d. prof. Zotta, *dela Facultatea de medicină din Bucureşti. In afară de raportul asupra paludismului se vor ţine o serie de conferinţe, de către personalităţi eminente ale*

medicinei din fiecare țară participantă, având drept subiect cercetări personale și puneri la punct ale chestiunilor de actualitate.

Secțiunea turcă pregătește o primire grandioasă tuturor delegațiilor participante, iar secțiunea română de sub președinția d-lui prof. Dr. N. Gheorghiu face demersurile pentru a ușura formalitățile de participare, în scopul ca pe lângă delegația oficială să poată participa un număr cât mai important de medici români.

Informațiunile se pot obține dela sediul secțiunei române a Uniunei medicale balcanice. B-dul Brătianu 11 (localul Asociației Generale a Medicilor).

Cursurile de perfecționare dela Cluj nu mai au loc. *Cursurile de perfecționare, organizate de către Asociația Docenților Universitari și Institutul de Balneologie din Cluj, la Sovata și Cluj, dela 12—24 Septemvrie 1938, nu vor mai avea loc în anul acesta deoarece Ministerul Sănătății, deși apreciază intențiunea organizatorilor, nu poate acorda medicilor oficiali concediile necesare pentru a participa la aceste cursuri, din interes de serviciu.*

Al XI-lea Congres internațional de Istoria medicinei. *Al XI-lea Congres internațional de Istoria medicinei se va ține anul acesta în Jugoslavia, sub protectoratul Regentului Prințul Paul de Jugoslavia. Va ține succesiv ședințe la Zagreb (patru zile), Belgrad (patru zile), Sarajevo (o zi) și Raguza (o zi). Congresul se va ține în opt ședințe, afară de Adunarea generală a Societății internaționale de Istoria medicinei. Președintele efectiv este prof. L. Thaller din Zagreb. Principalele teme ale congresului sunt următoarele: 1. Folklorul și medicina populară în istoria medicinei; 2. Istoria paludismului și 3. Invățământul istoriei medicinei.*

La Dubrovnik, o ședință solemnă va fi consacrată memoriei lui Baglivi. Vor lua cuvântul d-nii Siegerist (New-York), Diepgen (Berlin) și Thaller (Zagreb).

Vor avea loc cel puțin opt banchete și mai multe reprezentațiuni teatrale. Se va vizita orașele, se va asista la sărbătorile aniversale ale M. S. Regelui; se va lua parte la două excursiuni, una pe Dunăre, alta la izvoarele Bosnei cu oprire la Mostar.

Prețul de înscriere este de 250 dinari pentru membrii participanți. 300 dinari pentru membrii aderenți; călătoria la Zagreb și Raguza și cheltuelile de călătorie în Jugoslavia dela 1 la 12 Septemvrie: 3500 dinari.

Congresul nu este accesibil decât membrilor Societății internaționale de Istorie a medicinei, organizatoarea congresului (50 franci pe an). Secretarul său general este prof. Guiart 58, boulevard de la Croix-Rousse à Lyon.

Pentru aderare la congres se va adresa M. Vladimir Bazala, Secretaire du Congres, 95, Vlaska Ulica, a Zagreb (Jugoslavie).

CUM
ARSENO
Fosfat neutru
mangan.-fer
BIO-
TONICUM
CUM ARSENO!
Provoacă apetit
produce sânge
întăreşte nervii
Nu vatămă dinţii, în
testinul şi stomacul
De 3 ori pe zi câte
BIO
TONICUM
CUM ARSENO
original Văfereşte de contrafaceri.
eze bine astupat şi la răcoare
et sine arseno!
BIO-
TONICUM

BIOTONICUM provoacă din cauza gustului său plăcut şi a toleranţei sale extraordinare un sentiment de satisfacţie. Crează prin aceasta un precedent important, o atmosferă de mare încredere faţă de medic. Bolnavul stă total sub influenţa medicului şi a metodelor sale de vindecare.

BIOTONICUM aduce şi în balneotherapie servicii preţioase. Prescris ca adjuvant, Biotonicum garantează şi asigură adesea succesul decisiv al factorilor vindecanţi ai băii luminii şi aerului. Şi în electro-helio- şi hidroterapie realizează mai mult, decât s'ar putea aştepta în virtutea compoziţiei sale.

BIOTONICUM datoreşte proprietăţile sale recunoscute atât alegerii ideale a componenţilor săi în forma cea mai eficace şi cea mai gustoasă, cât şi a principiului soluţiunilor optimale. Conţine arsen, mangan, fer şi fosfor în cântităţi delimitate reciproc.

BIOTONICUM este un mijloc ideal pentru toate acele multe cazuri dubioase, în care nu se prezintă nicio suferinţă organică. Prin urmare în toate cazurile, până când medicul poate face un diagnostic clar şi poate introduce un tratament special.

BIOTONICUM

ROBORANT - TONIC - STOMACHIC

este o **soluție coloidală** de **fier** și **mangan** cu gust agreabil combinat cu **fosfor** și **arsen** în forma **cea mai activă.**

Prețul de vânzare: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 100·—**

Modul de acțiune: Formarea **ferului** și **manganului redus — în statu nascendi** — adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă.** Din cauza aceasta este de un efect inevitabil și de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă.**

Biotonicum prezintă deci, mijlocul suveran pentru tratarea **stărilor anemice și urmările lor.**

Având în vedere conținutul de **fosfor** și **arsen** în forma numită în afară de aceste

mai e indicat:

la **boale nervoase,** în **neurastenie,** în **astenie** și **surmenaj general,** în **convalescență,** în **tuberculoză generală** și **pulmonară,** în **limfatismul copiilor,** în **rachitism,** în **boalele tubului digestiv** și a le **nutriției, eczemele cronice** etc.

In **ginecologie** s'a incercat cu efect extraordinar Biotonicum ca hemostat la hemoragii **post partum, post abortum** (în fiecare 1/4 de ora una lingură fără arsen!).

Din cauza gustului și toleranței bune, e un preparat de primul rang cu **efect sugestiv și un stimulent de indreptare.**

Dozare: De 3 ori la zi câte o lingură la adulți sau o linguriță la copii după mese. Se recomandă după o cură de două săptămâni intercalarea unei pauze de 7 zile și o continuare a curei prin alte 2 săptămâni.

Se află în toate farmaciile!

Desfacerea produsului: Laborator de produse farmaceutice ALESI OSCAR în Sebeș-Alba.

Medicii din România, cari doresc să participe, se pot adresa d-lui Dr. Victor Gomoiu, preşedintele societăţii internaţionale de istoria medicinei.

***Tablou** despre activitatea societăţii de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie, de sub conducerea D-lui Dr. Gh. Preda, Insp. General Sanitar.*

Filiala acestei societăţi a ţinut în decursul anului 1938 următoarele şedinţe:

3. Ianuarie 1938. *S. Cupcea:* „Biotipul în concepţia lui Pende".

4. Ianuarie 1938. *Dr. Gh. Preda:* „Sur les gommes du cerveau au cours de la paralysie générale traitée par malaria".

14 Ianuarie 1938. *1. Dr. L. Ionaşiu:* Recenzia revistei Fortschritte der Therapie, Nov. 1937.

2. Dr. T. Stoenescu: Recensia revistei L'encéphale.

10 Februarie 1938. *Dr. Gh. Preda:* Formele clinice ale cofeismului cerebral. Halucinaţiile vizuale în delirul tremens. Pragul de oboseală la copii.

18 Februarie 1938. *Dr. Gundhart:* Sterilizarea: Incercări de clasificare în etiologia şi formele de epilepsie, precum şi precizarea cazurilor de sterilizare.

26 Februarie 1938. *1. Dr. Gh. Preda:* „Eugenia şi Educaţia", conf.

2. Dr. M. Sumea: Recenzia cărţii: „Omule cunoaştete" de N. Popovici.

7 Martie 1938. *Dr. T. Stoenescu:* „Material ştiinţific de teste şi chestionare, elaborat de Institutul de Psihologie din Bucureşti.

11 Martie 1938. *Dr. T. Stoenescu:* Expunerea şi critica unor teste elaborate de Dl conf. Zapau.

17 Martie 1938. *Dr. Gh. Preda:* Recenzia revistei „Annales Médico-Psychologiques", Ian. 1938.

18 Martie 1938. *Dr. C. Lungu:* *a)* Tulburările conduitei copilului; *b)* Influenţa alcoolismului părinţilor asupra succeselor şcolare şi nivelului intelectual al copiilor. Analele de Psihologie 1937.

20 Martie 1938. *Dr. Baku:* Recenzia revistei „Fortschritte der Neurologie Psychiatrie", Nov. 1937.

26 Martie 1938. *1. Dr. L. Bologa:* Recenzia „Revistei de Psihologie Teoretică şi Aplicată" a Inst. de Psihol. din Cluj.

2. Dr. T. Stoenescu: „Insulinoterapia" (conf.).

31 Martie 1938.	1. *Dr. M. Sumea: a)* „Noui cercetări asupra timpului"; *b)* „Primele semne de îmbolnăvire a conştiinţei" Analele de Psihologie 1937.
	2. *I. Micu:* „Tratamentul schizofreniei cu ajutorul insulinei", conf.
7 Aprilie 1938.	1. *Dr. Gh. Preda:* „Les traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine". Ann. Méd. Psych. Febr. 1938.
	2. *Dr. M. Sumea:* „Caracterele afectivităţii". Anal. de Psihol.
	3. *D-rd I. Micu:* „Insulinoterapia şi cardiazolul în tratamentul schizofreniei", recenzie.
14 Aprilie 1938.	*Dr. Popescu-Sibiu:* „Personalismul Energetic", comentarii asupra cărţii D-lui Prof. Rădulescu-Motru.
21 Aprilie 1938.	1. *E. Mateş:* „Experiente Interne" Kretschmer.
	2. *D-rd I. Moza:* „Psihologia copilului enuretic", recenzie. Analele de Psihologie 1937.
29 Aprilie 1938.	*Dr. Baku:* „Bolile sistemului extrapiramidal motric", recenzie.
5 Mai 1938.	*Dr. Albu:* „Sifilisul activat", recenzie.
12 Mai 1938.	*Dr. L. Ionaşiu:* „Tulburări endocrine", conf.
18 Mai 1938.	*Dr. N. Albu:* Recenzarea dării de seamă asupra congresului de neurologie şi psihiatrie din Paris. „Le Monde Médical".
28 Mai 1938.	*Dr. Gundhart:* Recenzia revistei „Fortschritte der Therapie", Dec. 1937.
16 Iunie 1938.	*Dr. Gundhart:* „Tratamentul reumatismului", recenzie.
23 Iunie 1938.	*Dr. Albu:* Recenzarea dării de seamă asupra congr. internaţ. de Neurologie din Paris 1937 (continuare).
30 Iunie 1938.	*Dr. N. Albu:* Recenzarea dării de seamă asupra congr. internaţ. de Psihiatrie din Paris 1937 (continuare).
2 Iulie 1938.	*Dr. Gh. Preda:* Impresii din călătoria de studii din Extremul Orient (India, Japonia, China), conf.
14 Iulie 1938.	1. *Dr. N. Albu:* Recenzia revistei „Clinique et Laboratoire.
	2. *Dr. Baku:* „Aplicaţii medicamentoase în tratamentul schizofreniei", recenzie.
21 Iulie 1938.	*E. Mateş:* Recenzia „Revistei de Psihologie Teoretică şi Aplicată" Nr. 2.

Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţii. *Dl Dr. Zeno Bejan, actual medic şef definitiv al municipiului Lugoj, se transferă, în aceeaşi calitate în postul de medic primar al jud. Severin.*

Dl Dr. Coţoiu Romuald, fost medic primar definitiv al jud. Hunedoara, actual medic definitiv al circ. Săvârşin, jud. Arad, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic şef al municipiului Arad.

Dl Dr. Nicolae Lobonţ, actual medic stagiar al circ. Izvoarele, jud. Iaşi, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Măgireşti, jud. Bacău.

Se revine asupra transferării D-nei Dr. Andon Cebotariu Daria la circ. Broscăuţi, jud. Storojineţ, urmând a-şi relua locul la circ. Stoican, jud. Soroca, unde este titulară.

Dl Dr. Grigoriu Ilie, actual medic stagiar al circ. Dângeni, jud. Botoşani, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Salonta, jud. Bihor.

Dl Dr. Mateiu C. Dumitru, actual medic stagiar al circ. Greceşti, jud. Mehedinţi, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Tohani, jud. Buzău.

Dl Dr. Munthiu Nicolae, actual medic definitiv al circ. Hida, jud. Cluj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Ghimeş-Făget, jud. Ciuc.

Dl Dr. Ilea Teodor, actual medic stagiar al circ. Veţel, jud. Hunedoara, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Gilău, jud. Cluj.

Dl Dr. Vasile Nicolaescu, actual medic stagiar al circ. cu spital Scheiu, jud. Argeş, se transferă în aceeaşi calitate la circ. Brâncoveanu, jud. Dâmboviţa.

Dl Dr. Ababi Pavel, actual medic definitiv al circ. Zăpodeni, jud. Vaslui, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Buftea, jud. Ilfov.

D-na Dr. Tocani A., actual medic definitiv al circ. Mânăstirea, jud. Ilfov, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Săruleşti, judeţul Ilfov.

D-na Dr. Dăscălescu Popovici Elisabeta, actual medic stagiar al circ. Muşeteşti, jud. Argeş, se transferă în aceeaşi calitate la circ. Jilava, jud. Ilfov.

D-na Dr. Margareta Georgescu, actual medic definitiv al circ. Mereni, jud. Vlaşca, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Lipia-Bojdani, jud. Ilfov.

Dl Dr. Pavel Zelenin, actual medic definitiv al circ, Minjir, jud. Cahul, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Ialoveni, jud. Lăpuşna.

Dl Dr. Sârbu Gh., actual medic stagiar al circ. Cucuruzeni, jud. Orhei, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Sireti, jud. Lăpuşna.

Dl Dr. Virgil Săndulescu, actual medic stagiar al circ. Logreşti-Moşneni, jud. Gorj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Radomireşti, jud. Olt.

Dl Dr. Lazăr Marcovici, actual medic stagiar al circ. Sânpaul, jud. Târnava-Mică, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Broscăuţii Vechi, jud. Storojineţ.

Dl Dr. Manoliu H., actual medic stagiar al circ. Bragadiru, jud. Teleorman, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Herniacova, jud. Timiş-Torontal.

Dl Dr. Mihăilescu Virgil, actual medic definitiv al circ. Biled, jud. Timiş-Torontal, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Topolovăţul-Mare, jud. Timiş-Torontal.

Dl Dr. Ioan Incze, actual medic secundar la secţia de boli interne şi Dl Dr. Szentpaly, actual medic secundar la secţia dermatovenerice dela spitalul central din Oradea, se transferă prin consimţământ reciproc unul în locul celuilalt.

*

D-nii medici mai jos menţionaţi, se pun în retragere din oficiu, pe ziua de 1 Septemvrie 1938, pentru a-şi aranja drepturile la pensie, pentru caz de boală ce-i fac improprii serviciului, după cum urmează:

Dl Dr. Alexandru Kramer, şef al laboratorului de igienă din Cernăuţi.

Dl Dr. Goldştein Dezideriu, medicul circ. Santău, jud. Sălaj.

Dl Dr. Rolinc Abram, medicul circ. Vasloveni, jud. Ciuc şi

Dl Dr. Constantin Popescu, medicul circ. Poiana Laculúi, jud. Argeş.

Prin Decretul Regal Nr. 2742 din 3 August 1938, se face următoarea mişcare în Corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă ce funcţionează pe lângă acest minister, prin procesele-verbale cu Nr. 11 din şedinţa dela 17 Iunie 1938, 12 din şedinţa dela 7 Iulie 1938 şi 13 din şedinţa dela 25 Iulie 1938;

Dl Dr. Samuil Rubin, medicul circ. Jadova, jud. Storojineţ, pierzând cetăţenia română şi dreptul de liberă practică a medicinei în ţară, se lasă în disponibilitate din postul ce ocupă.

Se revine, în urma cererii, asupra transferării D-nei Dr. Natalia Stamatescu Moşteanu, dela circ. Făureşti, judeţul Vâlcea, la circ. Ştefăneşti, jud. Vâlcea, cu Decretul Regal Nr. 2381 din 30 Iunie 1938.

Dl Dr. Alexandru Virgil Ionescu, medic stagiar al circ. Domniţa, jud. R.-Sărat, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. urbană Ploieşti.

Dl Dr. Radu Bălteanu, medic definitiv al circ. Cristeşti, jud. Iaşi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al spitalului cu circ. Ungheni, jud. Iaşi.

Dl Dr. Romul Tinică, medic definitiv al circ. Banloc, jud. Timiş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Arad.

Dl Dr. Dornescu Adrian, medic definitiv al circ. Gorbani, jud. Fălciu, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Bucureşti.

Dl Dr. Romulus Colhon, medic definitiv al circ. Archita, jud. Târnava-Mare, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Cluj.

Dl Dr. Gheorghe Mihali, medic definitiv al circ. Margina, jud. Severin, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Oradea.

D-na Dr. Elvira Antoniu, medic definitiv al circ. Argeş, jud. Argeş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic de circ. urbană la oraşul Piteşti.

Dl Dr. Lecoc Octavian, medic definitiv al spitalului cu circ. „Regele Carol II", Ismail, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al oraşului Chilia-Nouă, jud. Ismail.

Dl Dr. Ioan Hortensiu Gancevici, medic definitiv al circ. Largu, jud. Buzău, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al oraşului R.-Sărat.

Dl Dr. Hocinug I., medic definitiv al spitalului Roşiorii-de-Vede, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic şef al ambulatorului policlinic Giurgiu.

Dl Dr. Şerbănescu Ioan, medic definitiv al spitalului Bâra, jud. Roman, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic primar al spitalului Urziceni, jud. Ialomiţa.

Dl Dr. Nicolae Dimache, medic definitiv al spitalului cu circ. Balta, jud. Mehedinţi, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al spitalului Budeşti, jud. Ilfov.

Dl Dr. Perhaita Ioan, medic definitiv al dispensarului mixt Dej, jud. Someş, se transferă, în aceeaşi calitate, în postul de medic al circ. Cermei, jud. Arad.

D-na Dr. Olga Poleanschi Nijibițchi, medic stagiar al circ. Drâsliceni, jud. Lăpușna, se transferă, în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Tuzla, jud. Cetatea-Albă.

D-na Dr. Nina Vornicescu Sciopu, medic definitiv al circ. Tvardița, jud. Tighina, se transferă, în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Rojiștea, jud. Dolj.

Dl Dr. Gheorghe Bumbaru, medic definitiv al circ. suburbană Focșani, jud. Putna, se transferă, în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Dridu, jud. Ilfov.

Dl Dr. Sava Aurel, medic definitiv al circ. Benic, jud. Alba, se transferă, în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Râciul de Câmpie, jud. Mureș.

D-na Dr. Eugenia Dumitrescu, medic stagiar al circ. Bărăștii de Vede, jud. Olt, se transferă, în aceeași calitate, la circ. Dobrotinet, jud. Olt.

Dl Dr. Solomon Văleanu, medic definitiv al spit. cu circ. Taşlâc, jud. Cetatea-Albă, se transferă, în aceeași calitate, în postul de medic al spit. cu circ. Cotigenii-Mari, jud. Soroca.

Dl Dr. Aurel Petri se numește definitiv în postul de medic primar, specialitatea t. b. c., la dispensarul Apahida, jud. Cluj, în urma examenului depus.

Dl Dr. Valer I. Munteanu, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic primar al secției de ochi dela ambulatorul policlinic din Tg.-Mureș.

Dl Dr. C. Stoian se numește definitiv, în baza concursului depus, în postul de medic primar al secției de chirurgie al spitalului din Bălți.

Dl Dr. Varga Vasile se numește definitiv în postul de medic primar al secției de nas, gât și urechi la spitalul din Tg.-Mureș, în urma concursului depus.

Dl Dr. Lazeanu Mihail, se numește definitiv în postul de medic primar al Serviciului de consultațiuni de nas, gât și urechi dela spitalul central Prof. Dr. I. Cantacuzino din București, în urma concursului depus.

Dl Dr. Teodoru P. Gheorghe se numește definitiv în postul de medic primar al secției de nas, gât și urechi la ambulatorul policlinic din Sibiu, în urma concursului depus.

Dl Dr. Lambescu Alexandru se numește definitiv în postul de medic primar chirurg la spitalul din Balcic, în urma concursului depus.

Dl Dr. Novac Sinai, medic definitiv în specialitatea genito-urinare la dispensarul policlinic „Mașina de Pâine", de pe lângă Serviciul sanitar al Municipiului București, se transferă, în aceeași calitate, în interesul serviciului, ca medic al circ. Fărău, jud. Alba.

Dl Dr. Grubea Marinel, medic definitiv diriginte al dispensarului policlinic „Maşina de Pâine", de pe lângă Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă, în aceeaşi calitate, în interesul serviciului, ca medic primar al spitalului din Vijniţa, judeţul Storojineţ.

Dl Dr. Westfried Iosif, medic definitiv la dispensarul pentru boli venerice şi controlul prostituţiei de pe lângă Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă, în aceeaşi calitate, în interesul serviciului, ca medic al circ. Docilar, jud. Durostor.

D-na Dr. Voinescu Gudlea (Ghelbruch), medic şcolar definitiv pe lângă Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă, în aceeaşi calitate, în interesul serviciului, ca medic al circ. Tătăruşi, jud. Baia.

D-na Dr. Vlădescu Violeta se numeşte definitiv, în baza art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire, medic primar al secţiei de radiologie dela spitalul R.-Vâlcea.

D-na Dr. Botuşanscaia Mariam, medic definitiv al circ. Vlădiceni, jud. Ismail, se lasă în disponibilitate, pentrucă nu a luat măsuri de izolare a bolnavilor contagioşi, se poartă brutal cu bolnavii şi refuză să viziteze bolnavii gravi la domiciliu.

D-ra Dr. Hauser Ştefania, medic stagiar al circ. Jibert, jud. Târnava-Mare, se lasă în disponibilitate, pentru dese lipsuri dela serviciu.

Dl Dr. Grosu Solomon, suspendat din serviciu de 3 ani, întrucât are deschisă acţiune publică, se lasă în disponibilitate din postul de medic definitiv al spitalului cu circ. Tg.-Sulita, jud. Botoşani, în interesul serviciului.

Dl Dr. Ionescu Gheorghe, medic stagiar al circ. Tudora, jud. Botoşani, se lasă în disponibilitate, pentrucă a luat bani dela bolnavi pentru consultaţiuni şi medicamente, a bruscat sătenii şi a fost lipsit de tact şi autoritate în aplicarea măsurilor de poliţie sanitară.

Dl Anton Ioan se confirmă definitiv în postul de farmacist la spitalul Pavel şi Ana Cristea din Bacău.

Dl Inginer Teodor Gâdei se confirmă definitiv în postul de asistent chimist la laboratorul de igienă din Galaţi.

Medicii stagiari mai jos menţionaţi, care au împlinit stagiul cerut de lege, în urma examenului de capacitate dat, se confirmă definitivi în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D-na Dr. Estera Chirvai, în postul de medic al circ. Bucium, jud. Sălaj.

Dl Dr. Aurel Căiman, în postul de medic al circ. Cornereva, jud. Severin.

Posturi vacante. *Conform art. 201 din legea sanitară și de ocrotire, se aduce la cunoștință că sunt vacante următoarele posturi:*

Medic primar, secția de boli interne, spitalul Beiuș, jud. Bihor.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul Bazargic.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul „Dr. Costinescu", Oravița, jud. Caraș.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul Hotin.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul T.-Măgurele.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul Tulcea.

Medic primar, secția de boli interne, spitalul Bălți.

Medic primar radiolog la spitalul Cetatea-Albă.

Medic primar radiolog la spitalul Soroca.

Medic primar, spitalul T. B. C. Vorniceni-Lăpușna.

Medic primar psihiatru la ambulatorul policlinic Sibiu.

Medic primar puericultor al ambulatorului policlinic din jud. Ilfov.

Medic șef al laboratorului de igienă Cernăuți.

Medic pentru boli genito-urinare la Casa Asigurărilor Sociale Brăila (4000 Lei lunar).

Medic venerian la Dispensarul venerian și controlul prostituției la Serviciul sanitar al municipiului București.

Medic primar al maternității dela Spitalul central Chișinău.

Medic oculist la Casa Asigurărilor Sociale Galați (3500 Lei lunar).

Medic oculist la Casa Asigurărilor Sociale Lugoj.

Medic șef municipiul Lugoj.

Medic orașul Blaj, jud. Târnava-Mică.

Medic circ. suburbană Focșani, jud. Putna.

Medic spital mixt Roșiorii de Vede-Teleorman.

Medic primar al spit. mixt Gheorghieni-Ciuc.

Medic al spit. mixt cu circ. „Regele Carol II", Ismail.

Medic al spit. mixt cu circ. Bâra-Roman.

Medic al spit. mixt cu circ. Balta-Mehedinți.

Medic al spit. mixt cu circ. Tg.-Sulița-Botoșani.

Medic dispensar mixt Dej, jud. Someș.

Medic dispensar cu circ. Scheiu, jud. Argeș.

Medic circ. Poiana Lacului, județul Argeș.

Medic circ. Mușetești, jud. Argeș.

Medic circ. Argeș, jud. Argeș.

Medic circ. Ciofrângeni, jud. Argeș.

Medic circ. Oarjea, jud. Argeș.

Medic circ. Benic, jud. Alba.

Medic circ. Ghirbom, jud. Alba.

Medic circ. Dealul Gioagiului, jud. Alba.
Medic circ. Săvârşin, jud. Arad.
Medic circ. Almaşul, jud. Arad.
Medic circ. Hălmăgelul, jud. Arad.
Medic circ. Tamaşi, jud. Bacău.
Medic circ. Dângeni, jud. Botoşani.
Medic circ. Tudora, jud. Botoşani.
Medic circ. Corni, jud. Botoşani.
Medic circ. Latinu, jud. Brăila.
Medic circ. Largu, jud. Buzău.
Medic circ. Vintileanca, jud. Buzău.
Medic circ. Glingeni, jud. Bălţi.
Medic circ. Coşeni, jud. Bălţi.
Medic circ. Drăgeşti, jud. Bihor.
Medic circ. Pomezău, jud. Bihor.
Medic circ. Bazaurt, jud. Caliacra.
Medic circ. Corbul, jud. Constanţa.
Medic circ. Slobozia Conachi, jud. Covurlui.
Medic circ. Iserlia, jud. Cetatea-Albă.
Medic circ. Secaş, jud. Caraş.
Medic circ. Mingir, jud. Cahul.
Medic circ. Romani, jud. Cahul.
Medic circ. Vaşloveni, jud. Ciuc.
Medic circ. Hida, jud. Cluj.
Medic circ. Feleacu, jud. Cluj.
Medic circ. Chinteni, jud. Cluj.
Medic circ. Lipovu, jud. Dolj.
Medic circ. Lipniţa, jud. Durostor.
Medic circ. Tureatca, jud. Dorohoi.
Medic circ. Vorniceni, jud. Dorohoi.
Medic circ. Gorbau, jud. Fălciu.
Medic circ. Păhneşti, Fălciu.
Medic circ. Cordeşti, jud. Gorj.
Medic circ. Logreşti Moşneni, jud. Gorj.
Medic circ. Belovăţ, jud. Hotin.
Medic circ. Ianăuţi, jud. Hotin.
Medic circ. Veţel, jud. Hunedoara.
Medic circ. Rişculiţa, jud. Hunedoara.
Medic circ. Lăpuşiul Inferior, jud. Hunedoara.
Medic circ. Ograda, jud. Ialomiţa.
Medic circ. Grindaşi, jud. Ialomiţa.

Medic circ. Izvoarele, jud. Iasi.
Medic circ. Cristeşti, jud. Iaşi.
Medic circ. Lungani, jud. Iaşi.
Medic circ. Mânăstirea, jud. Ilfov.
Medic circ. Cornetu, jud. Ilfov.
Medic circ. Bălăşoeni, jud. Ilfov.
Medic circ. Vlădiceni, jud. Ismail.
Medic circ. Frecăţei, jud. Ismail.
Medic circ. Drăsliceni, jud. Lăpuşna.
Medic circ. Măcăreşti, jud. Lăpuşna.
Medic circ. Ieud, jud. Maramureş.
Medic circ. Greceşti, jud. Mehedinţi.
Medic circ. Isvera, jud. Mehedinţi.
Medic circ. cu spit. Rucăr, judeţul Muscel.
Medic circ. Podoleni, jud. Neamţ.
Medic circ. Bărăştii de Vede, jud. Olt.
Medic circ. Sâmbureşti, jud. Olt.
Medic circ. Cucuruzeni, jud. Orhei.
Medic circ. Piatra, jud. Orhei.
Medic circ. Măgurele, jud. Prahova.
Medic circ. Nămoloasa, jud. Putna.
Medic circ. Păuneşti, jud. Putna.
Medic circ. Domniţa, jud. R.-Sărat.
Medic circ. Costişa, jud. Rădăuţi.
Medic circ. Stăniţa, jud. Roman.
Medic circ. Rusăneştii de jos, jud. Romanaţi.
Medic circ. Săntău, jud. Sălaj.
Medic circ. Surduc, jud. Sălaj.
Medic circ. Margina, jud. Severin.
Medic circ. Jadova, jud. Storojineţ.
Medic circ. Ruseni, jud. Soroca.
Medic circ. Archita, jud. Târnava-Mare.
Medic circ. Jibert, jud. Târnava-Mare.
Medic circ. Sânpaul, jud. Târnava-Mică.
Medic circ. Bragadiru, jud. Teleorman.
Medic circ. Căldăraru, jud. Teleorman.
Medic circ. Slobozia Mândra, jud. Teleorman.
Medic circ. Belitori, jud. Teleorman.
Medic circ. Tvardiţa, jud. Tighina.
Medic circ. Nicolaeni, jud. Tighina.
Medic circ. Triteni de jos, judeţul Turda.

Medic circ. Cipăeni, jud. Turda.
Medic circ. Biled, jud. Timiș.
Medic circ. Bandoc, jud. Timiș.
Medic circ. Zăpodeni, jud. Vaslui.
Medic circ. Ștefănești, jud. Vâlcea.
Medic circ. Mateești, jud. Vâlcea.
Medic circ. Roșiile, jud Vâlcea.
Medic circ. Mereni, jud. Vlașca.
Medic circ. Putineiu, jud. Vlașca.

— Se aduce la cunoștința celor interesați că în ziua de Luni, 3 Oct. 1938, ora 16, va începe la București, Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale din calea Griviței Nr. 64, concurs pentru ocuparea posturilor de medici primari ai județelor: Gorj, Argeș, Botoșani, Cetatea Albă, Constanța, Dolj și Târnava-Mică.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă în următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări și activitate în serviciu.

2. O probă de administrație și legislație sanitară.

3. O probă de medicină legală.

Candidații care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoțite de acte și suma de 2000 Lei cu cel puțin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

— Se aduce la cunoștința celor interesați că în ziua de Luni, 3 Oct. 1938, la ora 11, va începe la București, la Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, din calea Griviței Nr. 64—66, concurs pentru ocuparea posturilor de farmaciști șefi ai depozitelor de medicamente din Cluj și Galați.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs toți cei ce îndeplinesc condițiunile art. 7 din regulamentul pentru recrutarea medicilor șefi de laborator, chimiștilor șefi și a farmaciștilor șefi, publicat în Monitorul Oficial cu Nr. 257 din 4 Noemvrie 1936, partea I și anume:

a) *Să fie cetățean român;*

b) *Să nu fie condamnat prin hotărîre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

c) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcționarilor Statului sau exclus temporar în momentul cererii sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

d) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

e) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării;*

f) *Să fie doctori sau licenţiaţi în farmacie cu libera practică în ţară şi cu 5 ani vechime dela obţinerea titlului.*

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă scrisă care se va referi la un subiect din farmacognozie şi la unul din chimia farmaceutică.

Subiectul din farmacognozie constă din descrierea amănunţită a unui produs medicamentos de natură vegetală sau animală. In descriere se va arăta numele şi familia plantei sau animalului dela care provine, originea geografică, semnele exterioare prin care este caracterizat, principiile active pe care le conţine, modul de conservare, alterările la care este expus şi falsificările lui, precum şi formele farmaceutice ce se prepară din el.

Subiectul din chimia farmaceutică constă din descrierea modului de preparaţiune a unui produs chimist medicamentos anorganic sau organic şi a caracteristicilor sale fizico-chimice.

2. O probă practică de determinarea impurităţilor unui medicament din farmacopee.

3. O probă de recunoaşterea drogurilor.

Candidaţii care cer înscrierea pentru acest concurs vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii cererile lor însoţite de acte şi taxa de 2000 Lei cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

— Se aduce la cunostinţa celor interesaţi că în ziua de Miercuri 5 Octomvrie 1938, la ora 16, va începe la Bucureşti, Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din calea Griviţei Nr. 64, concurs pentru ocuparea posturilor de medici şefi ai Municipiilor Constanţa şi Craiova.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu.

2. O probă de administraţie şi legislaţie sanitară.

3. O probă de medicină legală.

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cererile lor însoţite de acte şi suma de Lei 2000 cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

— Se aduce la cunoştinţa celor intereresaţi că în ziua de Luni, 3 Octomvrie 1938, la ora 9, va începe la Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din calea Griviţei Nr. 64—66, concurs pentru ocuparea posturilor de chimişti şefi ai laboratoarelor de igienă din Oradea-Mare şi Sibiu.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs toţi cei ce îndeplinesc condiţiunile art. 7 din regulamentul pentru recrutarea medicilor şefi de laborator, chimiştilor şefi şi farmaciştilor şefi, publicat în Monitorul Oficial cu Nr. 257 din 4 Noemvrie 1936, partea I şi anume :

a) *Să fie cetăţean român ;*

b) *Să nu fie condamnat prin hotărîre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă ;*

c) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor Statului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară ;*

d) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni ;*

e) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării ;*

f) *Diploma de doctor sau licenţiat în chimie dela o Universitate din ţară sau străinătate, în acest din urmă caz se cere echivalarea la o Universitate din ţară ;*

g) *Un certificat prin care va dovedi că a funcţionat cel puţin 5 ani într'un laborator de chimie al unei Instituţiuni de Stat.*

Concursul constă din următoarele probe :

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu.

2. O probă scrisă de chimie alimentară, tratând compoziţia şi analiza chimică, falsificările şi alteraţiunile unui aliment sau băuturi şi interpretarea datelor analitice pentru aplicarea regulamentului de control în vigoare.

3. Probe practice de laborator şi anume :

a) *O probă, având scopul de a se determina cantitatea unuia sau mai multor constitutive principale dintr'un aliment, băutură sau obiect uzual, precum şi a se recunoaşte o falsificare sau alterare oprită de regulamentul pentru controlul alimentelor, băuturilor şi obiectelor uzuale ;*

b) *O probă practică de chimie biologică cu determinări cantitative (analiză de urină, examen clinic al sângelui, etc.).*

Candidaţii care cer înscrierea la acest concurs vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii cererile lor însoţite de acte şi taxa de Lei 2000 cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1938.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

In tratamentul blenoragiei

pe cale bucală

Uliron

70 de publicaţiuni

din clinică şi practică se ocupă de valoarea acestui preparat chimioterapeutic, pentru tratamentul bucal prin atacuri al afecţiunilor **gonococice** şi **stafilococice.**

Ambalaje de 10, 20 şi 250 tablete.

»Bayer«

Cincizeci de ani 1888 BAYER 1938 MEDICAMENTE

LEVERKUSEN.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anul V. No. 9—12. 40 Lei exemplarul Sept.—Dec. 1938.

1938 complet

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție: Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I., Dr. Udvarnoky E.
Redactor responsabil: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacție: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Crețu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman și Doc. Dr. Câmpeanu, Brașov; Dr. Cornea, Făgăraș; Dr. Cahane și Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighișoara; Dr. Giurca, Făgăraș; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ionașiu, Dr. Manta, Dr. Mavru și Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Mureșan, Mediaș; Dr. Nistor, Brașov; Dr. Onaca, Sighișoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roșca, Dr. Slavu și Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ștefan, Brașov; Dr. Solomon, Sighișoara; Dr. Sireteanu, Mediaș; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Ursu, Dr. Vilt, Sibiu.

Prețul abonamentului:	**Redacția-Administrația:**	Coresp. - inserate reclame:
Anual . . . . Lei 120	Spitalul Public, Sibiu.	la Drogueria I. BACIU,
Pentru institute . „ 500		Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole științifice:

Dr. G. Preda: Afronia . . . Pag. 281
Dr. M. Alexandrov și *Dr. C. Crișan:* Corpi fibrinoși intrapleurali în cursul tratamentului cu pneumotorace . . „ 291
Dr. M. Cahane și *Dr. T Cahane:* Există un centru regulator medular al funcției renale? . . . . . „ 296
Dr. G. Teodoru și *Dr. L. Stupariu:* Un caz de anghină ulceroasă tifică, atipică . . „ 300
Dr. L. Georgia: Fetiditatea haleinei . . . . . „ 302
Dr. C. Banu: Considerațiuni asupra ileusului paralitic postoperator și tratamentul lui „ 310
Dr. Grădina C.: Constatări medicale și psichologice la elevii școalelor primare din plasa Buzăul-Ardelean . . . . „ 318
Dr. V. Stanciu: Câteva considerațiuni asupra diverticolului duodenal, în legătură cu două cazuri observate . „ 321

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Campania sanitară în Ținutul Mureș . . Pag. 324
Dr. T. Schultz: Câteva observațiuni în legătură cu campania antivenerică . . . „ 337
Săptămâna Medicală Balcanică „ 343

Revista cărților . . . . . „ 347
1. *M. Popescu Buzeu:* Cura hidrominerală în infecțiunile aparatului urinar
2. *Walther Ripperger:* Grundlagen zur praktischen Pflanzenheilkunde.

Note de terapeutică . . . Pag. 348

Comunicări, dispoziții și diferite ordine dela Minister, Colegiului medical și Asociația generală a medicilor din România . . . „ 361
Note și informațiuni . . . „ 372

BIBLIOTECA CENTRALĂ

Temagin

La dureri și febră

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular
Toate algiile reumatismale
Toate sindromele dureroase

(B) Intravenos

NAIODINE

(A) Intramuscular
Algii rebele
Acţiune curativă fără reacţiuni.

(B) Intravenos
Nevraxite şi urmările lor
Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul **J. LOGEAIS,** Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Sft. Ionică 8

Pentru hematopeoză şi accelerarea vindecării

Flacoane originale cu aproximativ 180 g.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: **Dr. I. BINDER.**
Bucureşti II., Str. Luigi Cazzavillan 30.

Anul V. Nr. 9—12. 40 Lei exemplarul. Sept.—Dec. 1938

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Sirop de Ephetonină
„Merck"

în **tuse, tuse convulsivă, bronşite, gripă**

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 g

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant:
Dr. I. Binder, Bucureşti II
Str. Luigi Cazzavillan 30

SIBIU, 1938
Tiparul institutului de arte grafice „DACIA TRAIANĂ", S. A.

In tratamentul blenoragiei

pe cale bucală

Uliron

70 de publicaţiuni

din clinică şi practică se ocupă de valoarea acestui preparat chimioterapeutic, pentru tratamentul bucal prin atacuri al afecţiunilor **gonococice** şi **stafilococice.**

Ambalaje de 10, 20 şi 250 tablete.

»Bayer«

LEVERKUSEN.

BAYER

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA", S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Afronia.

De **Dr. G. Preda,**
Medic Primar, Director Superior
Inspector General Sanitar.

a) *Consideraţiuni generale.*

Afronia (dela cuvântul a primitiv şi fronein avea judecată) este un termen nou creiat de tulburare sufletească care caracteriză alteraţiunile şi imperfecţiunile judecăţii.

Cum această alteraţiune nu este cunoscută în deajuns de medic cu toate că o întâlnim la mulţi indivizi din societate, am crezut că este bine să o descriu şi odată cu aceasta descriere să arăt şi măsurile ce se impun pentru înlăturarea ei şi deci pentru micşorarea numărului de afronici.

Ştim că orice adaptaţiune a unui individ la mediul social, comportă o îndoită educaţie.

I. Instrucţia propriu zisă cu înzestrarea şi educarea spiritului şi

II. Formarea judecăţii cu iniţiativa la vieaţa practică.

Prima, are de scop de a mlădia inteligenţa, de a îmbogăţi mintea cu noţiuni sumare, (conţinute de obiceiu din cărţile clasice) de a stimula activitatea imaginaţiei (prin procedee literare) şi de a învăţa regulele elementare de politeţă.

Se caută prin această educaţie să se doteze individul cu calităţi intelectuale, care-l pot califica de instruit şi cu bune maniere.

Al doilea mijloc de adaptaţiune, se ocupă cu chestiunile de ordin pozitiv şi practic, acele ce tind la realizarea organizaţiei materiale, a existenţei şi asigurării continuităţii succesului personal. Această parte are în vedere desvoltarea judecăţii, a reflexiunii, a răbdării, a prevederii, a dragostei de luptă, a spiritului de continuitate, a competinţei profesionale etc., cu un cuvânt a tuturor calităţilor fundamentale prin care se ridică valoarea socială a omului şi forţa caracterului său.

Dela realizarea completă a acestei îndoite educaţiuni, în care se găsesc satisfăcute exigenţele de plăcut şi util, ar rezulta să zic tipul ideal al omului perfect.

Incă din cele mai vechi timpuri s'a ţinut cont de judecată în aprecierea valoarei omului.

Limba greacă ca şi cea romană este foarte bogată în expresiuni, care servesc a caracteriza buna sau reaua judecată.

In limba greacă unui om cu judecată sănătoasă i se zicea aner fronimos, iar la Romani se întrebuinţa expresiunile sapiens prudens.

Pentru toată lumea judecata însemnează aptitudinea de a aprecia just şi adevărat, adică normal şi sănătos valoarea oamenilor şi a lucrurilor, rezultat ce se obţine de multe ori prin un efort personal.

Omul care are facultatea de a judeca drept se obişnueşte să lucreze în plină cunoştinţă de cauză, cu alte cuvinte devine capabil să gândească prin el însuşi.

Facultatea judecăţei se leagă direct de exerciţiul vieţei practice. Ea consistă în a gândi şi recunoaşte ce este conform cu necesitatea, ce este judicios şi bun, şi numai după această operaţiune a spiritului, individul îşi conduce purtarea sa.

Din punctul de vedere al interpretaţiunei filosofice, ţinând cont de eroarea din judecăţile noastre (provenită prin insuficienţa facultăţilor de inducţiune) s'ar putea zice că o bună judecetă ar fi aceea, în care există o concordanţă în reprezentaţiunea mintală dintre cauză şi efect.

In logică, judecata este considerată ca raportul dintre două noţiuni.

In vorbirea obişnuită termenul judecăţei este sinonim acelui de discernământ, de bun simţ şi de simţ comun. Discernământul implică ideia de tact şi delicateţă. El se aplică mai mult la aprecierea nuanţelor şi calităţilor lucrurilor şi mai puţin la felul de a se purta al individului.

Bunul simţ exprimă noţiunea unei judecăţi simple şi naturale, bazată mai puţin pe educaţie şi mai mult pe instinctul de ce este adevărat şi drept.

Simţul comun concerne aptitudinea comună a marei majorităţi a oamenilor de a judeca sănătos lucrurile simple şi faptele elementare.

Imperfecţiunea judecăţii se arată în diferite grade, începând dela oameni consideraţi normali şi până la aceі cu infirmităţi psihice manifeste.

Patogenitatea se evidenţiază numai atunci, când această imperfecţiune se găseşte la un grad destul de mare, prin contrast cu restul facultăţilor intelectuale ale individului şi când aceste alteraţiuni sau imperfecţiuni cauzează prejudicii mediului în care trăieşte individul.

b) *Semnele afroniei.*

Afronicii care sunt de obiceiu emotivi, imaginativi şi instinctivi se remarcă prin aceea că fac ceea ce cred, fără a putea justifica cum trebue actul lor.

Judecata lor pare scindată în două. Prima parte prepară acţiunea mai mult decât o discută. Preparaţia constă dintr'o repede asociaţie a câtorva idei sau a câtorva argumente sărace. In acest timp de preparaţie este imposibil ca cineva să intervină şi să facă să se audă vocea raţiunii. Orice elocuenţă, orice argumentare, orice invocare de bun simţ este de prisos. Nu eşti ascultat, sau atunci când îţi lasă impresia că te ascultă în realitate, el urmăreşte cu gândul numai satisfacerea ideii sale.

Dacă-l laşi însă în pace, asişti la a doua parte a judecăţii sale alterate, căci executând actul, caută să-ţi demonstreze că a lucrat bine.

Unii afronici a căror alterare a judecăţii are la bază sentimentele morbide (orgoliul, vanitatea, disprețul, neîncrederea, etc.), se cred aşa de superiori încât nici nu mai caută să-ţi răspundă la argumentele sau obiecţiile ce i le faci.

Foarte rar se întâlnesc acei cari regretă cele făcute şi promit să reflecteze mai mult în viitor. Această promisiune este însă mai mult un compromis de moment, care rămâne fără rezultat pentru acţiunile lui ulterioare.

Afronicii pot fi dotaţi cu o vie imaginaţiune, cu o memorie intensă şi prezintă mari dispoziţiuni de a se instrui, ei rămân inconsecvenţi şi incapabili de a profita de lecţiile de experienţă ale vieţei.

Atât cât sunt pe terenul concepţiunilor teoretice sau idealiste, nu s'ar putea vedea la ei nicio inferioritate, pe măsură însă ce se găsesc în prezenţa realităţii şi mai ales când trebue să satisfacă oarecare obligaţiuni de ordin pozitiv, această inferioritate apare.

Numai atunci putem constata la ei desacordul ce există între promisiunile făcute înainte în mod solemn cu accentul sincerităţei celei mai vii şi actele pe care le săvârşeşte.

In tratatul de psihiatrie al lui Regis găsim pe afronici la capitolul „desarmonicilor" caracterizaţi astfel: „Fiinţe complexe, eterogene, formate din elemente disproporţionate, tot aşa de bine dotaţi de o parte pe cât sunt insuficienţi de alta".

„In domeniul intelectual ei posedă la un grad destul de înalt facultăţile de imaginaţie, de invenţie şi de expresiune (adică darurile vorbirei, artelor şi a poeziei, ceea ce le lipseşte este judecata dreaptă, continuitatea logică, unitatea de direcţiune în produsele intelectuale şi actele vieţei". Mai departe arătând cât de uşor putem

ﬁ înşelaţi de aparenţele vieţei acestor indivizi, acelaşi autor adaugă: „Publicul care nu vede decât aparenţele strălucitoare, îi apreciază şi îi admiră ca pe artişti sau oau oameni superiori".

„Medalia îşi schimbă faţa pentru acei care-i urmăresc de aproape sau cu care împart existenţa".

„Aceştia pot vedea defectele judecăţei lor şi de multe ori sunt nu numai martori dar şi victime".

c) *Explicarea mecanismului psihologic şi cauzele care produc afronia.*

Mecanismul intim psihologic al afroniei pare tot aşa de complex ca toate mecanismurile intelectuale.

Pentru o bună înţelegere şi ordonare de fapte trebue să încep cu expunere pe scurt a legei elementare de acţiune şi reacţiune nervoasă

Este ştiut că orişice impresiune sau excitaţiune internă sau externă poate conduce la un neuron psihic (adică la o celulă nervoasă, sensitivă sau motorică). Ea dă loc unei percepţiuni căreia îi urmează o reacţiune.

Cea mai redusă reacţiune ce urmează unei simple percepţiuni se traduce prin ceea ce noi numim reflexul direct, şi în acest reflex nu intră nici conştiinţă, nici suvenir, nici emoţiuni. Pe măsură ce ne ridicăm în scara omenească dela copil, la adul, dela omul inferior la cel superior, impresiile sau sensaţiunile ating neuroni din ce în ce mai superiori, mai desvoltaţi, dotaţi cu noi atribute care permit ca reflexul simplu, să fie transformat în un act conştient, judecat, reflectat, determinat.

Nedesvoltarea, desvoltarea rudimentară sau alteraţiunea neuronilor sau centrilor superiori, care fac din omul normal un afronic ar privi deci *a)* funcţiile de reflexiune, căci aceşti indivizi trec repede dela intenţiune sau excitaţie la execuţiune sau reacţie; *b)* ai prudenţei, căci un afronic iluzionat prin puterea imaginaţiei sale, nu apreciază consecinţa faptelor sale; *c)* ai prevederei, căci afronicul impresionat prin percepţiunile prea repezi, uită lecţiile de experienţă şi nu poate trage un învăţământ; *d)* ai simţului practic, căci afronicul nu vede partea favorabilă din întreprinderi trăind în vis, himere speranţe iluzorice; *e)* în sfârşit ai economiei, căci antrenat prin tendinţa de frivolitate afronicul risipeşte ideile, timpul, energiile şi banii.

Printre *cauzele principale* care pot opri sau altera funcţiile de mai sus notăm:

1. Degenerescenţa mintală, ereditară cu predispoziţie la afronie.

II. Surmenajul şcolar provenit prin marele abuz al instrucţiei teoretice.

III. Influenţele nefaste ale mediului familiar anormal.

IV. Absenţa de iniţiativă individuală din cauza unui traiu prea uşor acordat de părinţi.

V. Disprețul pentru ocupaţiile manuale, educaţie fizică, sporturi

VI. Lipsa unei educaţiuni speciale în desvoltarea judecăţei la care se pot adăoga şi o slăbire a disciplinei familiare şi sociale.

Profesorul Bérillon susţine că uneori afronia îşi are origina şi în dispoziţia de spirit descrisă de el sub numele de dispensare a minţei (parpillement mintal).

Această stare sufletească este caracterizată prin un defect de continuitate în exerciţiul atenţiei voluntare la un individ cu o curiozitate rău coordonată.

Individul îşi împrăştie atenţia sa pe diferite fiinţe sau lucruri şi în diverse acţiuni, pierzându-şi astfel obişnuinţa de a se concentra asupra unuia şi aceluiaşi subiect, obiect sau acţiune.

Mobilitatea atenţiei ca şi aceea a celorlalte facultăţi intelectuale şi motrice (de mişcare) este inerentă copiilor. Ea se explică prin variabilitatea stărei lor afective. De îndată ce această stare persistă sau se găseşte şi la vârsta adultă, trebue să ne gândim că avem de a face cu ceva anormal sau patologic.

Unii din indivizii afronici ce trăinsc în societate au o uzură organică şi psihică, datorită plăgilor sociale (alcoolismul, paludismul, sifilisul, tuberculoza, pelagra, etc.) intoxicaţiunilor şi infecţiunilor care bântuie populaţia noastră, în special cea dela ţară.

Această uzură înlesneşte şi mai mult transmiterea unei stări de degenerescenţă a unei ereditâţi nervoase şi psihice, în care se cuibăreşte şi predispoziţia la afronie.

Printre cauzele ce aduc afronia este însă lipsa de educaţie părintească, şcolară şi socială, care creiază educatului o imaginaţie defectuoasă încât priveşte condiţiile de trai în vieaţă.

Cu privire la această educaţie deschidem o paranteză mai mare.

Cei mai mulţi oameni cred că chestia educaţiei copiilor şi tineretului este o chestie numai de şcoală sau de program. Discuţiile sau certurile au loc atunci când este vorba de a stabili, un program practic, real sau profesional.

Negreşit că cele mai multe discuţii nu au altă bază decât sentimentele dictate de anumite preferinţe personale.

Programul cel mai frumos şi cel mai judicios pe hârtie, nu va putea da roade bune, cât timp învăţământul ce decurge din el, nu este adaptat spiritului sau mentalităţei educatului.

Plângerile cu privire la educaţia de astăzi sunt continue şi din toate părţile.

O parte din părinţi şi cei mai mulţi din educaţi, vorbesc cu groază de surmenajul şcolar, de nedreptăţile şi cruzimile educatorilor, de lipsa de tact, interes şi răbdare, provenită prin multiplele ocupaţiuni cu cari se încarcă educatorul pentru a-şi susţine existenţa şi prestigiul.

In plângerile profesorilor şi a educatorilor, găsim că adevăratele cauze ar fi în afara şcoalei şi ele contribuesc la starea de recalcitrare şi indisciplină a elevilor.

In familie zic educatorii întâlnim părinţi sau aparţinători cu diferite mentalităţi. — Unii cred că fac deajuns asigurând numai viaţa materială a copiilor şi lasă educatorilor întreaga educaţie. Alţii cu o concepţie mai largă a datoriei încearcă o educaţie, însă o educaţie prea liberă.

Pentru a nu se ataca aşa zisa libertate individuală a copilului unii dintre aceşti din urmă se arată de o conciliantă şi de o indulgenţă culpabilă faţă de greşelile educatului. Ei cedează aproape la toate dorinţele şi, cred că dacă ele sunt respinse conform ideilor freudiste vor izbucni mai puternic în alte ocaziuni, sub formă de nevroze sau tulburări psihice. Raţiunea şi sentimentul ce stă la baza acestei din urmă educaţii are de efect substituirea erarhiei naturale prin o egalitate care prejudiciază autoritatea părintească.

In şcoală, profesorul sau educatorul se plânge apoi că nu poate compta pentru menţinerea disciplinei decât pe el însuşi. Altădată familia îl ajuta, cel puţin prin aceea că infiltra în mintea copilului o idee ridicată asupra valorii profesorului şi asupra respectului ce-i datoreşte educatul.

Astăzi rareori se găsesc părinţi ce nu vorbesc rău de educatorii copiilor lor.

Ne-am putea întreba deci dacă educaţia prea indulgentă, nu ar constitui una din cauzele afroniei.

Se pare în adevăr că educaţia prea liberă este aceea care face ca îndrăzneala să ia locul respectului, dezordinea locul disciplinei, vanitatea şi luxul locul modestiei, distracţia şi lenea locul muncii încordate.

Pare că s'a uitat lozinca că prin ordine, respect şi disciplină se poate ajunge la libertatea morală şi că nu se poate vorbi cuiva

de această libertate până ce legea morală nu i-a trecut în obişnuinţă şi nu a făcut din el o a 2-a natură.

d) *Diagnosticul diferenţial al afroniei.*

Afronia se deosebeşte de instabilitatea mintală a debililor mintali unde găsim o înapoiere mintală şi unde facultăţile de imaginaţie lipsesc sau sunt puţin desvoltate.

Nu se poate confunda afronia cu folia morală (care mai poartă numele de Psihoza rezonanţă). In această din urmă tulburare, atenţia voluntară se exercită continua în direcţiunea faptelor imorale, sau antisociale. Trebue apoi să remarcăm că atât folia morală, cât şi instabilitatea mintală depinde mai mult de degenerescenţa ereditară, pe când afronia depinde mai mult de educaţie.

Afronicul se deosebeşte de asemenea de individul fără voinţă zis şi abulic.

Pe când abulicul sau cel fără de voinţă este atins în exerciţiul voinţei, afronicul este atins în domeniul judecăţei, primul este lovit în facultatea de a decide şi de a lucra, al doilea în aceea de a observa, de a aprecia cum trebue, deci de a judeca.

Abulicul îşi dă cont de inferioritatea sa socială prin absenţa voinţei sale, pe când afronicul nu are sau are puţină conştiinţă de insuficienţa judecăţii sale.

Abulicul umilit prin constatarea neputinţei sale se desolează şi înclină de multe ori către timiditate şi descurajare, afronicul din contră se arată plin de încredere în el şi este dispus de a se hazarda în întreprinderi.

De multe ori însă se poate întâlni la acelaşi subiect aceste două defecte. Este uşor însă de a determina care sunt semnele ce intră în resortul fiecăreia din ele.

Mai greu se poate deosebi afronicul de grupul indivizilor negativi adecă a acelora care fac mereu opoziţie şi contrazic sistematic. In special dificultatea diagnosticului diferenţial se arată faţă de acei ce prezintă tulburări de asociaţie a ideilor şi imaginilor prin asociaţii nelogice, paradoxale sau opuse.

Mai uşor diferenţiem afronicii de negativişti proveniţi prin o perversiune primitivă sau prin inhibiţii a voinţei (cum sunt schizoizi sau catatonici), precum şi de încăpăţinaţi care de obiceiu au o slabă inteligenţă şi vor cu tenacitate ceva, dar nu ştiu sau nu înţeleg ceea ce vroesc.

e) *Profilaxia şi tratamentul afronicilor.*

Există în copilărie o perioadă proprie formaţiunei sau desvoltărei judecăţei şi utilizărei aptitudinilor, această perioadă se întinde cam dela 6 ani până la adolescenţă.

Dacă în timpul acestei perioade copilul n'a fost adaptat la necesităţile mediului social, n'a fost iniţiat la dificultăţile luptei pentru existenţă, cu multă probabilitate că va intra în rândul afronicilor.

Un semn al viitorului afronic este şi acela de a nu face sforţări şi de a lăsa altora împlinirea îndatoririlor ce le incumbă, evitând astfel oboseala ce ar rezulta din munca fizică sau mintală.

De aceea din cea mai fragedă copilărie, copilul trebue îndemnat de a da probe de iniţiativă, a nu conta decât pe el însuşi şi a-şi exercita facultăţile sale de observaţie şi reflexiuni.

De îndată ce prin o profilaxie mintală constatăm la un copil tendinţa de a lucra în mod nereflectat sau aceea de a nu profita de lecţiile de experienţă, trebue să ne gândim imediat la afronie şi şi să căutăm a preveni prin o higienă mintală şi educare specială accentuarea ei.

Afronicul prin alterarea judecăţei sale repetă aceleaşi erori. Acest fapt a îndemnat unii educatori să-l corigeze prin pedepse corporale.

S'a putut înregistra — este drept, — cazuri, unde o corecţiune meritată — ce a urmat imediat greşelei — a putut lăsa impresii deosebite cu consecinţe favorabile. Necesitatea de a supune rigorile corporale la controlul puterii judiciare (ca în Anglia) împiedecă cred bunul rezultat, fiindcă între săvârşirea greşelei şi pedeapsă, se scurge un timp prea lung, care influenţează puterea curativă.

Fără a deschide problema sancţiunilor corporale trebue să menţionez că printre acei ce susţin pedepsele corporale avem pe Bacaria care în tratatul său: „Des delictes et des peines" arată cum efectul unei corecţiuni rezidă în simultaneitatea pedepsei şi a greşelei.

Opus ideilor de sancţiuni corporale, Montaigne a criticat foarte aspru regimul sever şi brutal al colegilor din timpul său.

El se plânge că în familie se pedepsesc de multe ori copiii pentru erori inocente şi rezumă gândirea sa în fraza: „Je n'ai vu d'autre effet aux verges, sinon de rendre les âmes plus lâches et plus malicieusement opiniâtres".

Printre procedeele mai importante de educaţie medico-pedagogică utilizate astăzi pentru afronici (fie că sunt adolescenţi sau adulţi) ar fi:

1. Aşezarea lor într'un mediu favorabil desvoltărei spiritului de observaţie şi de reflexiune. Se recomandă deci în cele mai multe cazuri separaţia de mediul familiar unde solicitudinea şi afectivitatea excesivă a părinţilor sau rudelor ar constitui obstacole mari în evoluţia facultăţilor.

2. Trebue să ne asigurăm apoi că există totdeauna o funcţionare normală a simţurilor educatului, căci aprecierile false ale afronicilor sunt adeseori rezultatul percepţiunilor sensoriale eronate sau incomplecte.

3. Trebue să cultivăm aptitudinea de a judeca just prin exerciţii speciale, prin probe practice, prin învăţăminte traduse din experienţă.

O instrucţie tehnică practică, o psihotehnică şi o higienă mintală trebue să ocupe primul rang în educaţia afronicilor.

Pe lângă aceste măsuri individuale (ce privesc pe cei interesaţi), ar trebui luate în considerare şi unele măsuri de ordin general.

In primul loc s'ar cere poate o reînoire pragmatică a învăţământului în şcoli, care să corespundă unui comandament biologic.

Este ştiut că elevii nu sunt unităţi echivalente şi abstracte.

Fiecare elev închide în el o valoare şi o potenţialitate biologică. Programul uniform este eficace, numai în măsura în care furnizează elevilor anumite cunoştinţe de bază, deopotrivă de necesar tuturor. Desăvârşirea instrucţiei nu poate fi făcută decât prin o ştiinţifică individualitate dela caz la caz. Cunoaşterea valorii biologice a individului devine o necesitate de prim ordin atât pentru instrucţia propriu zisă, cât şi pentru formarea judecăţii.

Buna colaborare dintre medic şi educator cu stabilirea fişei de sănătate fizică, intelectuală şi morală poate rezolva în mare parte deci şi problema afroniei.

In programele de vieaţă a individului adult mai trebuesc luate în considerare 2 fapte: educaţia fizică prin sporturi şi reeducaţia intelectuală prin o cultură metodică.

Sporturile înnobilizează caracterul, întronează iniţiativa, încrederea şi disciplina, iar atunci când sunt organizate pe un fond naţional şi moral nu numai că înlătură afronia, dar contribue la progresul neamului şi ţării.

Cultura adusă în straturile largi ale poporului prin institutele de cultură; biserică, armată, societăţi culturale, prin serviciul social de ridicare a satelor şi oraşelor etc. cu scopul de a îngriji sănătatea, înnobila mintea, oţeli sufletul, pregăti poporul prin muncă pentru

realizări practice, pentru viaţa sa proprie şi pentru o viaţă cetăţenească, înlesneşte buna conduită a individului în familie, societate şi stat şi contribue la înlăturarea afroniei.

Strâns legat de această cultură se cere şi aplicarea riguroasă a legilor şi regulamentelor (în mod egal pentru toţi) în special a acelor cari privesc coordonarea vieţii şi a felului de trai a păturei conduse (căreia trebue să i se acorde solicitudine şi îmbunătăţirea stării lor economice), precum şi a acelor ce privesc morala cu îndreptarea moravurilor noastre fie politice (înlăturarea politicianismului, favoritismului şi protecţionismului) fie sociale (prin teatru, literatură, artă, etc.).

In ţara noastră s'a creiat din iniţiativa M. S. Regelui organizaţiuni de educaţie fizică şi morală a tineretului, instituţii de cultură şi mai ales un serviciu social de ridicare culturală a satelor şi oraşelor. Toate aceste formaţiuni urmăresc însănătoşirea neamului sub toate raporturile deci şi sub acel al afroniei.

Se cuvine să privim clar foloasele acestor creaţiuni şi să lucrăm cu drag la desvoltarea şi progresul lor, convinşi fiind că prin aceasta ne facem datoria ca buni români şi aducem totodată una din cele mai preţioase contribuţii la diminuarea afroniei şi a numărului de afronici.

OCTINUM

KNOLL

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

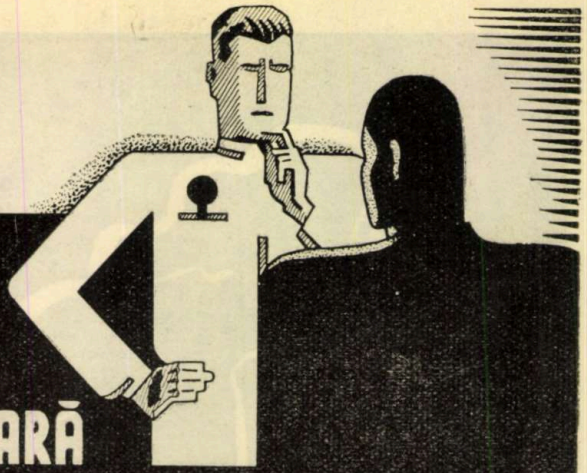
KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

„CHINOIN"

Singurul preparat
chimioterapeutic
în toate cazurile de

TUBERCULOZĂ
EXTRAPULMONARĂ



Rubrophen

INJECȚIUNI · DRAGEURI · POMADĂ

„SANACHIMIA" S. A. R, BUCUREȘTI I., STR. SFT. CONSTANTIN Nr. 4

IN
INJECTII
SUB-CUTANEE
VERITABIL
NEDUREROASE

ACETYLARSAN

ÎMPLINEȘTE
CONDIȚIUNILE
CERUTE DE
DIFERITELE
MODALITĂTI
AL TRATAMENTULUI
ANTISIFILITIC

TRATAMENT DE ASALT

TRATAMENT DE ÎNTRETINERE

TRATAMENT DE ÎNCERCARE

HEREDO-SIFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS-8e

DRÉVIL

Sanatoriul Aiud.

Corpi fibrinoşi intrapleurali în cursul tratamentului cu pneumotorace.

Dr. M. Alexandrov,
Medic primar.

Dr. C. Crişan,
Medic secundar.

Formarea corpilor fibrinoşi intrapleurali în cursul pneumotoracelui terapeutic este un fenomen rar, ceea ce ne determină să descriem două cazuri observate de noi în Sanatoriul Aiud.

Primul caz priveşte pe bolnavul M. B., în vârstă de 26 ani, care este admis în Sanatoriu la 31 Octomvrie 1935, pentru tuberculoză pulmonară ulcero-caseoasă a lobului superior drept cu o cavitate în regiunea subclaviculară, bacilescopia intens pozitivă. In ziua de 7 Decemvrie 1935, i se institue pneumotorace, realizându-se un colaps total mai accentuat în partea superioară. Starea bolnavului se ameliorează considerabil, bacilescopia devine negativă în decurs de 2 luni, părăseşte serviciul la 10 Mai 1936, mult ameliorat, continuând tratamentul cu pneumotorace în mod ambulant în condiţiuni normale. In Ianuarie 1937, face o pleurezie exudativă. După o puncţie (300 cc. lichid serocitrin cu Rivalta pozitiv şi limfocitoză), pleurezia regresează în condiţiuni obişnuite persistând o cantitate minimă de lichid în fundul de sac. Prezentându-se pentru o reinsuflaţie în ziua de 23 Septemvrie 1937, se constată următoarele: colapsul total al pulmonului drept se menţine, leziunile pulmonare mult regresate, predominând elemente fibroase, imaginea cavitară dispărută, în fundul de sac costodiafragmatic drept o minimă cantitate de lichid, iar deasupra diafragmului o umbră ovoidă de mărimea unui ou de găină, de transparenţă costală, net conturată, fixă, a cărei imagine o reproducem pe primul clişeu. Imprejurările de apariţie (perioada de rezorbţie a pleureziei), cât şi caracterele radiologice implică diagnosticul de corp fibrinos intrapleural fix. Bolnavul urmează tratamentul ambulant la noi până în Aprilie 1938, de când nu s'a mai prezentat; după informaţiile noastre a întrerupt pneumotoracele ne mai având niciun fenomen clinic subiectiv.

Observaţiunea a doua se referă la bolnava E. M., în vârstă de 20 ani, care urmează tratamentul cu pneumotorace stâng din 20 lunie 1935; în anul 1936, a făcut exudat, în lulie 1937 i se face rezecţia aderenţelor după lacobeus urmată de o nouă colecţiune lichidiană care

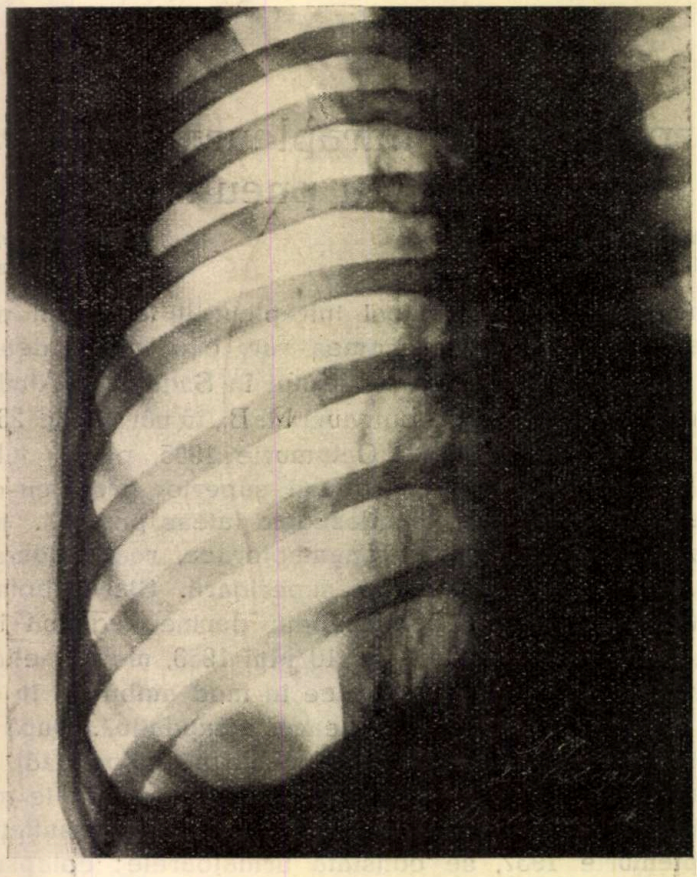


Fig. 1.

nu se punctionează, iar la 2 săptămâni după aceasta se pune în evidenţă un corp intrapleural. In Sanatoriul Aiud este admisă la 10 Martie 1938. La intrare în serviciul nostru starea bolnavei este bună, prezintă însă bacilоscopie pozitivă, care persistă cu intermitenţă până în prezent. Din punct de vedere radiologic prezintă un colaps total al pulmonului stâng, câteva umbre nodulare în regiunea perihilară dreaptă; fundul de sac costodiafragmatic stâng prins, iar deasupra diafragmului în imediata apropiere a bontului pulmonar, o umbră rotundă de mărimea unei monede de 100 Lei, de transpa-

renţă costală, bine conturată, fixă, a cărei imagine e reprodusă de al doilea clişeu. Bolnava continuă a fi internată în Sanatoriul Aiud, imaginea radiologică descrisă persistând nemodificată fără a influenţa întru nimica starea bolnavei, care dealtfel este în continuă ameliorare.

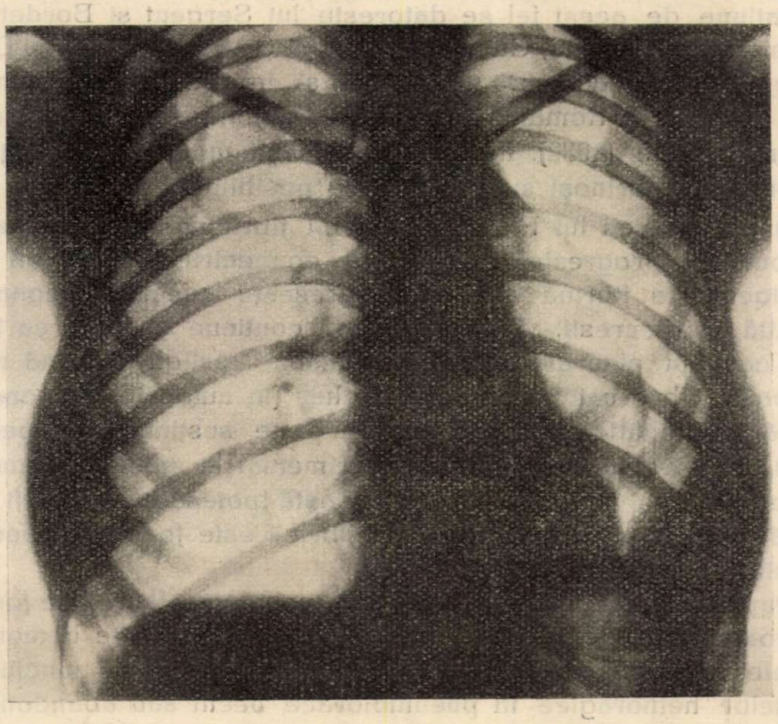


Fig 2.

Apariţia imaginei în cavitatea pleurală după operaţiunea lui Jacobeus secondată de o colecţie lichidiană, cât şi caracterele radiologice impun diagnosticul de corp fibrinos intrapleural fix.

* * *

Frecvenţa corpilor fibrinoşi intrapleurali în cursul pneumotoracelui artificial pare a fi redusă, numărul cazurilor publicate fiind relativ mic. Dat fiind însă importanţa patologică al acestor formaţiuni este neînsemnată, este probabil că o bună parte a cazurilor rămân nesemnalate în literatură, aşa încât nu este exclus că aceste cazuri sunt mai frecvente decât se admite în general (Zavod). La un număr de 330 cazuri de pneumotorace executat în ultimii 3 ani în Sanatoriul Aiud, n'am observat decât cele două cazuri descrise mai sus reprezentând deci abia 0.6%.

Primul caz de corp fibrinos intrapleural a fost descris de Fleischner în 1922. După el alți autori germani descriu cazuri izolate (Düll, Klinkowstein și Belajaewa, Maendl, Sachs, Mende etc.) Prima observațiune anatomopatologică a fost făcută în cazul lui Poindecker, Stoffel și Wischnowitzer. In literatura franceză prima publicațiune de acest fel se datorește lui Sergent și Bordet (1926), pe urmă îi imită Urbain, Guinard, Piquet și Geannent, Iacob și Diocles, Charles Auguste etc. După aceștia și în alte țări sunt semnalate izolate cazuri. In România prima observațiune a fost comunicată de Popper și Meller (1932). In ceea ce privește modul de formațiune al acestor corpi fibrinoși sunt mai multe posibilități.

După părerea lui Fleischner corpi fibrinoși se formează prin suprapunerea progresivă a straturilor concentrice de fibrină în jurul unui flocon de fibrină coagulată, prezența acestor floconne fiind obișnuită în pleurezii. Prin deplasări continue și frecarea în interiorul cavității pleurale aceste formațiuni câștigă o formă rotundă sau ovală. Observațiunea lui Poindecker (în autopsie) demonstrează această posibilitate. Această ipoteză este susținută în special de Brandt, care a reușit a provoca experimental la animale formațiunea corpilor fibrinoși în pleură. Totuși această ipoteză nu pare a fi plauzibilă căci prezența detritusurilor de fibrină este foarte frecventă, iar a corpilor fibrinoși este foarte rară.

După concepția lui Düll, corpi fibrinoși intrapleurali se formează prin coagularea sângelui (Blutfibrinkugeln) datorit fie hemoragiilor parietale în urma lezării vaselor pleurale în timpul punctiilor, fie exudatelor hemoragice în pneumotorace vechi sau abandonate, fie hemoragiilor în cursul secțiunilor de aderențe. Desigur această ipoteză explică un număr de cazuri, fiind știut că sângele se coagulează ușor în cavitatea pleurală; Culaud a observat o astfel de coagulare rapidă la pleuroscop, în cursul unei secțiuni de aderențe. Nu însă în toate cazurile această explicațiune este plauzibilă, căci numai într'un număr limitat de cazuri se poate constata prezența sângelui sau exudatului hemoragic, de cele mai multe ori corpi fibrinoși apar în cursul unei pleurezii exudative în perioada ei de rezorbție; în majoritatea cazurilor prezența exudatului și nu a sângelui, este condițiune necesară formării corpilor fibrinoși în pleură. Cea mai frecventă și plauzibilă explicațiune, patogeniei corpilor fibrinoși pare a fi a lui Sergent și Bordet, cari sunt de părere că formațiunea lor este datorită coagulării intrapleurale masive a exudatului rezidual bogat în fibrină. Această ipoteză este susținută și de Charles Auguste, care descrie un caz foarte demonstrativ din punct de vedere

radiologic, urmărind toate fazele ale formării corpului fibrinos intrapleural. Aceste faze ar fi următoarele: exudaţia unei colecţiuni mici, coagularea masivă ale acestei colecţii formând un coagul de un volum corespunzător cantităţii de lichid şi reacţiunea lentă şi progresivă a corpului luând o formă rotundă sau ovoidă şi coincidând cu rezorbţia aproape completă a lichidului. Posibilitatea coagulării bruşte a exudatelor a fost semnalată şi de Dumarest şi Murard care au descris acest fenomen sub numele de „fenomen de cristalizaţie". Prin acest mod de formaţiune se poate explica şi faptul că de cele mai multe ori corpul fibrinos este unic în cavitate, numai în cazuri extrem de rare fiind observaţi mai mulţi corpi într'o cavitate pleurală.

Dintre cazurile noastre cel dintâiu cadrează întru totul cu această ipoteză, căci faptul apariţiei în perioada de rezorbţie cât şi caracterele lichidului extras anterior fac inadmisibilă o altă patogenie. Cât priveşte al doilea caz poate fi vorba de posibilitatea unei hemoragii produsă în urma operaţiunei lacobeus, deşi nu este exclus nici act, că un simplu exudat a putut da naştere corpului fibrinos descris.

Forma şi caracterele radiologice de cele mai multe ori sunt cele descrise în cazurile noastre. Formele, rotundă sau ovoidă sunt aproape constante, alte forme fiind excepţionale. Corpii fibrinoşi intrapleurali pot fi fixi când sunt aderenţi de pleură, sau mobili când îşi schimbă poziţia în raport cu cea a bolnavului.

Din punct de vedere anatomo-patologic se prezintă deobiceiu ca o masă omogenă, gălbuie, de consistenţă păstoasă, microscopic compusă din fibrină anhistă, fără elemente figurate.

Importanţa patologică a corpilor fibrinoşi intrapleurali pare a fi cu totul redusă, nici starea bolnavilor, nici evoluţia interioară nefiind influenţate câtuşi de puţin.

Există un centru regulator medular al funcției renale?

De

Dr. Mareș Cahane și **Dr. T. Cahane.**

Încă din 1835 Claude Bernard a observat apariția unei poliurii după înțeparea bulbului pe linia mediană între nucleii acusticului și vagului. Cercetările ulterioare ale lui Jungman și E. Mayer, au arătat că înțepătura în nucleul dorsal al vagului produce poliurie și eliminarea de clorură de sodiu prin urină. Având în vedere că s a putut produce poliuria și policloruria separat, ar exista după acești autori centrii nervoși regulatori deosebiți. După alți autori ca Leschke, Brugsh, Dressel, Levy etc. regularea eliminării apei și a clorurei de sodiu ar fi în legătură cu unii nuclei din substanța reticulară în apropiere de centrul nervos secretor al parotidei.

După cum se știe leziuni în diencephal produc de asemenea poliurie (Eckhard, B. Ascher, Camus și Roussy, Leschke etc.). Această poliurie însă nu este însoțită de polichlorurie. Poliurie infundibulară se produce după Houssey și pe rinichii enervați contrar poliuriei prin înțeparea bulbului.

După Ettinger excitarea periferică a rinichiului prin nervul vag ar stimula eliminarea substanțelor pe când simpaticul ar fi inhibitor, în ce privește diureza ambii nervi ar fi inhibitori. După Jungman și Erich Mayer vagul ar fi mai puțin inhibitor decât splahnicul.

Lebenhoffer susține că denervarea rinichiului nu duce la nicio tulburare însemnată în funcțiunea lui. Ceea ce ar arăta că inervarea rinichiului nu este făcută de ramuri separate simpatice, iar parenchimul renal ar reacționa direct sub influența compoziției chimice a sângelui în particular la acțiunea anumitor hormone.

In afară de acțiunea vazomotorie a nervilor rinichiului trebue să deosebim influența nervilor asupra funcției secretorii. Astfel Asher și Pearce au pensulat nervii rinichiului de o parte cu fenol, de cealaltă parte spre a evita orice influență străină au secționat splahnicul, au decebrat animalul iar vagul a fost excitat pe cale toracică. De partea excitată cantitatea de urină, cât și substanțele eliminate erau

crescute față de rinichiul intact. Cu toate constatările câte odată contradictorii s'ar părea după cei mai mulți autori începând cu Claude Bernard că secțiunea splahnicului produce poliurie, excitația splahnicului ar micșora volumul rinichiului, iar secțiunea lui ar mări volumul acestui organ.

Dacă examinăm sistemul nervos ce are legătură cu inervația rinichiului, ganglionii splahnici, ganglionii renali, ganglionul celiac etc. vedem că acestea pe lângă legăturile cu lanțul simpatic și ramurile vagului se găsesc în strânsă legătură cu măduva spinării prin ramuri comunicante și nervii spinali. Posibilitatea că anumiți centri din măduva dorso-lombară să joace un rol în funcția renală nu pare exclus.

Cazul care-l redăm mai jos ne-a făcut să reflectăm asupra acestui subiect.

Este vorba de bolnava U. F. de 47 ani, care a fost trimisă cu diagnosticul de psichoză pelagroasă.

Fiind o bolnavă cronică a fost dată în colonie.

Din antecedentele heredo-colaterale nimic de reținut.

Din antecedente personale nu putem nota vreo boală infecto-contagioasă, n'a suferit de boli venerice-sifilis. A fost menstruată la 14 ani, ciclul menstrual a fost regulat. A abuzat câte odată de băuturi alcoolice. In Institutul de unde a fost trimisă a prezentat la internare un eritem pelagros net în acelaș timp tulburările psihice se caracterizau printr'o agitație intensă logorhee, spărgea geamurile, dromomanie etc.

A prezentat pe urmă insomnie, cefalee și o stare confuzivă. Mai târziu s'a liniștit, s'a putut nota un sindrom halucinatoriu cu idei delirante de posedare.

După un interval de timp din colonia familiară a fost adusă în spital pentru impotența funcțională a membrelor inferioare. La examen am constatat o paralizie spastică și am crezut că este de natură pelagroasă. La un examen mai atent am putut nota o gibozitate ce interesa coloana vertebrală la nivelul 10—12 D. și 1—2 lombar.

La examenul somatic: Notăm constituția astenică, semicirconferințele craniului egale, craniul subdolicocefal, fața ovală. Țesutul adipos al feței redus, bula lui Bichat topită. Tegumentele și mucoasele palide. Fața ovalară, oasele feței nu sunt proeminente. Reflexele pupilare, fotomotor și de acomodație păstrat.

Gâtul lung, glanda tiroidă nu este palpabilă. Toracele îngust, mamelele atârnânde.

Abdomenul excavat.

La coloana vertebrală gibozitatea descrisă mai sus este dureroasă la presiune,

La membrele superioare nimic deosebit. La membrele inferioare o paralizie spastică, cu exagerarea reflexelor, clonus a rotulei şi piciorului, semnul lui Babinsky pozitiv etc. Pacienta se plânge de dureri spontane în membrele inferioare.

De asemenea prin compresiunea muschilor mai ales a gambei se provoacă dureri.

Notăm prezenţa tulburărilor sfincteriene. Simptomul ce ne interesează mai mult este poliuria bolnavei care atinge până la 6 litri. Această poliurie este asociată de o polidipsie destul de importantă încât bolnava acuză o sete chinuitoare, când căutăm să reducem cantitatea de lichid. După cum declară ea însăşi renunţă mai repede la mâncare decât la apă. La examenul urinei notăm densitatea scăzută 1006—1010, nu găsim zahăr, albumină sau alte elemente pathologice.

La examenul celorlalte viscere, nu găsim nimic deosebit la aparatul pulmonar, circulator etc. Este la menopauză, nimic important din punct de vedere genital.

Examenele de sânge M. K. R. negativă, lichidul cefalo-rachidian cu aspect clar, Pandy, Nonne Appelt: negativ, Guillain 00000, negativ, 5 limfocite pe câmp.

Starea bolnavei se înrăutăţeşte. Din cauza evoluţiei morbului lui Pott, paraplegia se accentuiază odată cu tulburările veziceale. Notăm retenţia de urină, care numai cu sonda se poate evacua; udă tot timpul patul, micţiune „par trop plein". Urmează mai târziu escara sacrată, septicemie, exitus.

La examenul necropsie am căutat în primul rând să studiem regiunea infundibulară şi ipofiza spre a constata dacă n'am avut vreun proces t. b. c. spre a explica poliuria bolnavei ce ne-a făcut să ne gândim la un diabet insipid.

La examenul celorlalte viscere în afară de leziuni de congestie nimic important. Ne-am pus cu toată rezerva întrebarea dacă procesul t. b. c. al coloanei vertebrale ce a atins măduva ar putea provoca poliuria ce a fost constatată.

In ce priveşte localizarea viscerelor trebue să amintim că pulmonul a fost localizat de Kosaka şi Jagita, Marinescu, Parhon etc. în nucleul ambigu din bulb; în privinţa cordului ideile sunt diferite, după Marinescu nucleul dorsal ar fi nucleul vegetativ, iar nucleul ambigu ar fi centrul motor, alţi autori mai ales autorii japonezi, Kosaka şi Jagita, la noi Parhon etc. localizează cordul în nucleul ambigu; diferenţa între aceşti autori ar fi înălţimea coloanei şi poziţia deosebită a nucleilor.

Stomacul ar fi localizat în nucleul dorsal al vagului (Kosaka şi Jagita, Marinescu, Parhon, T. Cahane etc.).

Intr'un caz de cancer al penisului Parhon a găsit o reacţie în nucleii cenuşii din a 4—5-a sacrată.

S'ar putea obiecta că organele de mai sus ar avea o localizare datorită elementului muscular şi n'ar trebui să se pună în acelaş rând cu o eventuală localizare a rinichiului. In acest sens este interesant să notăm importantele cercetări ale lui Pines care a putut demonstra pe cale experimentală o localizare şi pentru glandele endocrine. S'a făcut ablaţia uni şi bilaterală a testiculelor, ovarelor, timusului, pancreasului, suprarenalelor, etc., la câini şi pisici, care au fost sacrificaţi după 14 până la 18 zile. Autorul a putut arăta că fiecărei glande îi corespunde o inervaţie bulbară sau medulară. Astfel în cazul suprarenalei a cărei inervaţie topografică e aproape de rinichi, Pines a localizat 2 grupe celulare: 1. în partea superioară lombară (segmentul I şi II), 2. în partea inferioară lombară (segmentul IV—V). Localizarea ar fi în grupul intermediar din celulele cornului lateral.

Este foarte probabil ca rinichiul să aibă un centru apropiat, numai cercetărilor experimentale prin extirparea rinichiului, uni sau bilaterală, ar putea să precizeze centrul respectiv.

Se pune întrebarea în cazul nostru cum s'a produs poliuria.

Am văzut mai sus că secţiunea splahnicilor produce poliurie, atingerea sau leziunea centrului medular ar putea să aibă aceeaşi acţiune. De asemenea n'ar fi exclusă, o legătură nervoasă cu centri bulbari diencefalici.

Ne mulţumim deocamdată să atragem atenţia asupra datelor de mai sus, urmând ca după examenul anatomo-patologic al măduvei să revenim asupra chestiunei.

Bibliografie.

Asher: Die Inervation der Niere-Deutsch. Med. Woche, 1915, Nr. 34.

Asher und Pearce: Die Sekretorische Inervation der Niere. Z. Biol. 63-H-63-64.

Cahane T.: Recherches sur la localisation du centre stomacal dans les noyaux de la X-ième paire. Vol. Jub. du Prof. C. I. Parhon.

Mauerhoffer: Z. Biol. 73.

Meyer, Bisch und Koenicke: Untersuchungen über die Inervation der Niere 7 Exp. Med. 43-H-3/4.

Pines L.: Nouvelles donnés experimentales sur l'inervation cerebrospinale des glandes endocrines. Presse Med. 1937-Nr. 1646.

Renner O.: Die Inervation der Niere p. 623, Lebensnerven und Lebenstriebe, L. R. Müller-Julius Springer, 1931, Berlin.

Un caz de Angină ulceroasă tifică atipică.

de

Dr. Gheorghe Teodoru şi **Dr. Liviu Stupariu.**

Bolile infecţioase în care întâlnim manifestări faringee sunt următoarele: scarlatina, rugeola, rubeola, variola, erisipelul, gripa şi febra tifoidă.

Pentru febra tifoidă este foarte caracteristică o singură manifestare faringee şi anume: ulceraţia lui Duguet. Această ulceraţie apare deobiceiu în săptămâna a 2-a (doua) a febrei tifoide, pe fiecare stâlp anterior, este de formă ovalară, superficială, cu marginile roşii şi fondul cenuşiu. Marele ax al ulceraţiunii este îndreptat în jos şi înafară. Adenopatia regională este foarte rară.

După Devic ea este patognomonică şi se întâlneşte în 20% din cazuri.

După Schoeffer ea ar fi datorită acţiunei toxinei tifice. De neexplicat este faptul că ea atinge porţiunea de faringe, cea mai săracă în ţesut limfoid.

Aceste ulceraţiuni se vindecă progresiv în câteva zile şi nu trebuesc confundate cu ulceraţiunile grave ale faringelui, cari vin să complice la sfârşit, unele febre tifoide.

In cazul nostru este vorba de un bărbat în vrâstă de 24 ani, E. S., care este internat în Serviciul Medical dela Spitalul Public Sibiu, în ziua de 29 Noemvrie 1938, pentru genă în gât, cefalee, epistaxis, febră şi stare generală rea.

Boala a debutat lent, înainte cu o săptămână, cu cefalee, febră cu ridicări progresive inapetenţă, constipaţie, astenie.

Examenul obiectiv.

Tegumentele palide. Limba este acoperită cu un strat albicios (saburală) dar este roşie pe margini şi vârf.

La examenul faringelui se constată un epistaxis posterior, faringele în ansamblu congestionat şi trei (3) ulceraţii.

Aceste ulceraţii au formă *rotundă*, sunt superficiale, cu diametru de aproape 1 cm. şi fundul de aspect galben murdar.

Ele sunt astfel situate: 1-a pe luetă, 2-a pe stâlpul anterior drept şi a 3-a în spatele ultimului molar inferior drept.

In frotiul amigdalian bacili pseudo difterici (Dr. Wachsman).

Pulmon: discrete raluri bronşice difuze.

Cord: nimic deosebit.

Abdomen: uşor meteorizat, cu sensibilitate în fosa iliacă dreaptă.

Splina: este mărită la percuţie.

Temperatura variază între 38° şi 39°. *Pulsul* 60—70. *Leucopenie. Reacţia Wasserman* negativă.

Ex. urinei: Albumină pozitiv, puroiu şi zahăr negativ. In sediment: rari celule epiteliale renale şi hematii fosfaţi de calciu.

Hemocultură şi R. Widal nu s'au făcut. După 2 zile bolnavul face o hemoragie intestinală foarte abundentă, acompaniată de vertij, paloare, plus rapid şi filiform, scădere de temperatură cu sudori profuze şi bolnavul sucumbă. Astfel se stabileşte diagnosticul de febră tifoidă, care mai înainte nu era precis.

Am crezut interesant a publica acest caz pentru: I. *Forma atipică* a ulceraţiilor faringiene, cari în loc să fie câte una pe fiecare stâlp anterior şi de formă ovalară, erau trei (3), situate pe aceeşi parte şi de formă rotundă.

II. Raritatea cazului şi dificultatea de-a pune diagnosticul.

Fetiditatea haleinei.

De **Dr. L. Georgia.**

Cine nu a avut ocaziunea să stea de vorbă cu un cunoscut sau cunoscută, simpatic din toate punctele de vedere, atât fizic cât şi intelectual, dar cu un defect oribil „mirosul rău al gurei". Defect oribil, pentrucă este aproape insuportabil şi strică toate impresiile frumoase şi bune primite dela persoana respectivă.

Această fetiditate a haleinei este un simptom găsit la un mare număr de afecţiuni a aparatului digestiv, a aparatului respirator inferior şi superior. Câteodată este numai un epifenomen în cursul unei boli bine caracterizată, cum este abcesul amigdalian, stomatita ulceromembranoasă, cancerul limbei în perioada sa terminală etc. Foarte ades ea se prezintă ca un simptom izolat, preocupând bietul bolnav ziua şi noaptea, pentrucă îi jeneazâ vieaţa socială.

In special cu acest grup mă voiu ocupa.

Incontestabil, fetiditatea haleinei este una din tulburările cele mai penibile a vieţei de relaţii. Bolnavii atinşi de această tristă infirmitate, adesea sunt psichopaţi cari uneori pot merge până la sinucidere. Intensitatea şi caracterul acestei fetidităţi este foarte variabilă, după boala cauzală. Totuşi un specialist expert, din primul moment poate recunoaşte, dacă este vorba de un miros ozenatos sau de sifilis nasal. Aceste mirosuri specifice sunt aproape imposibil de descris, astfel că fiecare practician va trebui să-şi facă singur educarea diagnosticului olfactiv. In unele cazuri, cum este la ozenă, spre exemplu, bolnavul este atins şi de o anosmie, ca şi când natura, din milă, ar vrea să ascundă bolnavului defectul său. Acestora numai atitudinea anturajului le va descoperi infirmitatea.

Inainte de a cerceta cauza unei haleine fetide, necondiţionat trebue să ne asigurăm, că această fetiditate există de fapt. Elemente pozitive ne va furniza anturajul, în această direcţie. Se va face diagnosticul diferenţial cu tulburările parosmice. Ştim că parosmia este o perversiune a sistemului olfactiv, mirosul trandafirului îl va

simţi ca un miros putrid de ex., ceeace este un veritabil daltonism al simţului olfactiv, sau simte un miros rău, fără nicio cauză reală. Diagnoza de parosmie nu este voie să se pună însă, decât după o îndelungată şi riguroasă cercetare, căci uneori focarul mirosului rău este atât de limitat, încât nu se simte pe aerul expirat nimic.

Nu se poate considera, în fine, ca un miros fetid, mirosul acetonemic, care se simte la unii copii şi la diabetici. Aceasta nu este propiu zis o halenă fetidă.

In orice caz, în faţa unui pacient care prezintă simptome de fetiditate a halenei, va trebui precizat riguros, care este punctul de plecare a acestei fetidităţi: nasul, faringele, stomacul sau plămânul?

Localizarea cea mai frecventă este nasul sau sinusurile. Cauzele le voi înşira şi studia în ordinea importanţei lor.

Ozena.

Se găseşte mai cu seamă în mediul sărac, atins mai mult sau mai puţin de tuberculoză, atingând cu predilecţie fetiţele de 8—10 ani, uneori chiar mai mulţi membri ai unei familii. Evoluează câteva săptămâni, sau luni, sub aparenţa unei rinite mucopurulente, cu cornetele hipertrofiate. In această primă perioadă este greu de pus diagnoza. Ea se va baza în acest moment, singur pe mirosul caracteristic a secreţiunilor cari impregnează batista bolnavului, şi pe aspectul lor specific, care se poate compara cu albuşul de ou slab copt. Intr'o perioadă mai avansată a evoluţiei sale, ozena se prezintă cu o fizionomie particulară, nasul este turtit, cu vârful uşor ridicat, dimensiunile foselor nasale mult augmentate, datorită retracţiei atrofice a pituitarei şi a cornetelor, la rinoscopia anterioară văzându-se perfect de bine cavumul. Pereţii cavităţilor nasale căptuşite cu cruste întinse, verzui negricioase, cari pot obstrua uneori lumenul. Aceste cruste uscate, dure la suprafaţă, se ramolesc în segmentul lor profund şi zac pe mucoase, prin intermediul unui strat de mucopuroi. Sunt uşor de desprins de pe mucoasă cu penseta. La examinarea cu stiletul nu se produce durere şi nici sângerare a mucoasei, pentrucă aceasta prezintă o hipoestezie pronunţată.

Procesul atrofic se întinde uneori până în faringe, ba chiar şi în laringe. Aceste faringolaringite ozenoase sunt mai puţin fetide ca rinitele ozenoase, însă sunt mult mai rezistente la orice tratament, din care cauză au un pronostic trist. Pronosticul vital al ozenei este bun, dar cel funcţional este rezervat, cu toate că terapeutica modernă dispune de arme eficace contra ei. Fetiditatea ozenei scade spontan după 10—20 ani, în special după menopauză.

In ceea ce priveşte tratamentul, durere, nimic sigur. De secole se încearcă vindecarea acestei boli. Savanţi cercetează, în permanenţă, etiologia şi patogenia ozenei, fără a putea preciza ceva. Sau emis fel de fel de teorii şi sau preconizat nenumărate tratamente, cu mai mult sau mai puţin rezultat. Printre diferitele metode, bazate pe diverse teorii patogenice, cari au pretenţia de a vindeca ozena, una singură pare a avea suficiente probe serioase, vaccinoterapia. Aceasta pleacă dela ideea că ozena este o boală infecţioasă, datorită localizărei câtorva germeni pe mucoasa nasală, fără însă a se putea preciza cu siguranţă, a căror germeni. Cu vaccinul preparat după o metodă specială, am putut obţine, într'o treime de cazuri, suprimarea definitivă a crustelor şi a mirosului rău. Într'o altă treime de cazuri am obţinut o ameliorare prin diminuarea crustelor şi a fetidităţei, şi în fine, într'o treime de cazuri rezultatul a rămas nul.

Acest procentaj este cu atât mai mare, cu cât se începe tratamentul într'o perioadă mai primitivă a boalei, când atrofia încă nu devine pronunţată. Vaccinoterapia neprezentând nici un pericol şi cu toate că poate să se termine cu un eşec, trebue încercat la fiecare caz. Cercetările lui Besredka asupra imunizărei locale şi metoda de tratament a lui Daniol, bazată pe aceasta, prezintă un preţios progres în terapeutica ozenei. Aceasta se poate face singură sau asociată cu metoda de imunizare generală, prin injecţii subcutanate. Doriot aplică acest fel de imunizare locală cu un vaccin foarte bogat în germeni (20 miliarde pe cm cub). El după ce ridică crustele, freacă puternic, 1—2 minute mucoasa nasală, cu un tampon de vată imbibată în bilă de bou, sterilizată, apoi aplică pe această mucoasă avivată, un strat de vată imbibată cu vaccin, pe care o lasă pe loc o oră. Apoi recomandă bolnavului să nu sufle nasul şi să respire pe gură. Făcut acest pansament zilnic, timp de zece zile, pacientul va continua să prizeze sau insufle cu un aparat, în nas, zilnic de două ori, vaccin sub formă de pudră biliată.

Celelalte metode de tratament curativ, sunt opoterapia şi cel chirurgical. Tratamentul opoterapic se bazează pe hipoteza că ozena este rezultatul unei tulburări endocriniene. Preconizată de doctorul Halphen.

Tratamentul chirurgical imaginat de Lautenschläger, se bazează pe acţiunea stenozantă a foselor nazale, după operaţie. El susţine că ozena este rezultatul repetatelor afecţiuni ale sinusurilor maxilare, de aceea întâiu curetează riguros sinusurile maxilare, apoi apropie de sept, prin suturi, peretele intersinusonasal. Operaţia însă este prea mare pentru puţinele ameliorări ce le dă.

Terapeutica palliativă se rezumă la încercarea de a diminua formarea crustelor prin modificarea mucoasei, sau prin modificarea florei microbiene.

Incontestabil este că orice iritare a mucoasei nasale prin traumatism sau mijloace chimice, provoacă diminuarea fetidităţei ozenoase. Din păcate este vorba de o diminuare momentană, care încetează imediat ce încetează cauza iritativă, care este actul terapeutic propriu zis. Acest procedeu se bazează pe redarea vitalităţei ţesutului atrofiat, pe accentuarea funcţiunei secretoare a glandelor şi pe favorizarea diapedezei transmucoasă.

Una din aceste metode este aeroterapia. Promotorii acestei metode susţin că ozenoşii nu prea respiră pe nas, ceeace determină stagnarea funcţionării normale a mucoasei nasale. Ei îşi propun de a restabili respiraţia normală, cu un stimulent fiziologic al mucoasei. Se aplică o serie de duşuri de aer comprimat asupra mucoasei, în toate direcţiile, afară de fanta olfactivă, duşuri, ce se pot ridica până la 5 kg. presiune.

Altă metodă este parafinoterapia, care consistă în injectarea de parafină în stare solidă, sub mucoasa nasală. S'a preconizat tot cu intenţia de a stenoza fosele nasale. In realitate pare că rezultatele de ameliorări obţinute, au fost datorite acţiunei iritante a corpului străin asupra mucoasei.

Altă metodă este badijonajul modificator prin nitrat de argint, clorură de zinc, glicerină jodată, etc., sau prin pulverizări antiseptice. S'a mai preconizat electrolyza, masajul vibrator, etc.

Tratamentul prin modificarea florei microbiene s'a încercat prin badijonări cu soluţiuni de glicerină glucozată forte, care acţionează prin favorizarea înmulţirei germenilor aerobi în detrimentul celor anaerobi. Această modificare s'a mai încercat prin însemânţarea de germeni în fosele nasale, cari ajută la desvoltarea germenilor putrizi.

Tratamentul palliativ cel mai uzual este curăţarea foselor nasale. Această curăţare poate fi uscată şi prin spălături largi. Cea uscată constă în a introduce tampoane de vată, alternativ în fiecare nară şi lăsate pe loc câte o jumătate de zi. Se face zilnic şi în permanenţă. Când tamponul este ridicat după o jumătate de zi, el scoate toate crustele. Această metodă dă rezultate bune. Bolnavii se obişnuesc curând cu această manevră, nu se plâng de oprirea respiraţiei, căci aerul are loc de pătrundere prin jurul tamponului de vată.

Curăţarea prin spălături este cea mai răspândită, pentrucă este uşor de făcut, o poate face bolnavul însuşi, apoi calmează senzaţia

neplăcută de uscăciune nasală şi în fine, pentrucă acest tratament îi dă pacientului senzaţia de a avea un nas care funcţionează bine. Spălăturile se fac cu diferite soluţiuni, cu ajutorul a diferitelor pipete. Cea mai uzuală pipetă este a lui Frenckel. Se face şi cu irigatoare, dar cu mai mare grijă, pentru a nu da drumul apei cu prea mare presiune. La tubul de cauciuc se adaptează o canulă olivă de ebonit sau sticlă, de o potrivită mărime, după lărgimea orificiului nasal. Spălăturile se fac foarte abundente cu 1—2 kg. de 2—3 ori pe zi, având grija de a ramoli peste noapte crustele, prin instilaţii cu soluţii uleioase. Este foarte important şi tratamentul general prin tonificarea organismului care, la ozenoşi, este foarte anemiat. Crenoterapia are o importanţă secundară.

Sifilisul nasal.

Este foarte frecvent. Se prezintă sub aspecte morfologice diferite, după cum este vorba de o gomă difuză sau localizată, sau de o ulceraţie. Obstrucţia nasală este aproape totdeauna unilaterală şi se acompaniază constant de dureri, exagerate prin presiunea pe rădăcina nasului. Localizarea, în cele mai multe cazuri, este de partea inferioară a septului, ceva mai înapoi de marginea sa liberă. Mucoasa prezintă o ridicătură dură, roşie închisă, care apoi se ulcerează mai târziu. Ulceraţia are caracteristic marginile ascuţite şi profunzimea, care ajunge până la os. Uneori se elimină sequestre, sau se simt cu stiletul. Tratamentul trebue instituit cât mai precoce, înainte de a se produce destrucţiuni osoase şi deformaţiuni ale nasului. Local, după ridicarea sequestrelor, se aplică pomade antiseptice. Tratamentul de predilecţie este iodura intern, 4—6 gr. pe zi, completat cu arsenic şi bismut.

Sinusita maxilară.

Este una din cauzele cele mai frecvente a fetidităţei halenei. Când se găseşte o dâră de puroiu sub meatul mijlociu, sau materii caseoase în vreo fosă nasală, cari au miros rău, se poate presupune cu multă probabilitate că este vorba de o sinusită maxilară. Dar când lipsesc aceste elemente de diagnostic, puroiul şi materiile caseoase şi când nu se găseşte o altă explicaţie a fetidităţei halenei, trebue de presupus o sinusită maxilară, care trebue depistată prin diafanoscopie sau radioscopie sau chiar prin puncţie.

Corp străin în nas.

In special la copiii de mică etate, existenţa purulenţei nasale unilaterale, cu fetiditate, ne pune imediat pe calea diagnosticului. Ca

aspect, — mai ales dacă corpul străin este de mult timp în nas, — uneori nu se poate vedea decât mucoasa tumefiată, eventual muguri cărnoşi. Andrenalizarea şi pipăitul cu stiletul însă ne ajută la punerea diagnozei şi în consecinţă la extracţie.

Când punctul de plecare a fetidităţei halelnei este gura, cauzele pot să fie, o carie dentară, o gingivostomatită, sau o ploree dentară. O carie, care comunică larg cu camera pulpară descoperită şi devenită locul fermentaţiilor putride. Fetiditatea este cu atât mai accentuată cu cât numărul dinţilor cariaţi este mai mare şi când este şi o complicaţie cu artrită alveolodentară cronică sau un abces dentar cronic. Tratamentul este desinfecţia focarului, curetaj alveolodentar, rezecţia apicală sau extracţia. Gingivostomatita se caracterizează prin tumefacţia gingiilor, cari devin roşii şi sângerează la cea mai mică atingere şi desubt cari, la presiune isvoreşte o secreţie seropurulentă. Tratamentul este curăţirea tartrului, desinfecţia şi ocluzia cariilor, badijonaje jodate, cu albastru de methylen 10%, cu neosalvarsan şi tratarea afecţiunilor, cari predispun la infecţii bucale, ca diabetul, insuficienţa renală, dispepsii, anemia, etc. sau suprimarea toxicelor responsabile, ca bismutul, plumbul, etc.

Pyorrhea dentară sau polyatrita alveolo-dentară cronică este caracterizată printr'o infecţie a articulaţiei alveolodentare infecţie care începe sus şi se înfundă progresiv spre apex, distrugând ligamente, erodând cimentul şi lărgind cavitatea alveolară. Tratamentul este curăţirea tartrului, atingeri cu soluţii slabe de acid cromic, sau imobilizarea dentară, vaccinoterapie, etc.

Când fetiditatea halelnei are ca punct de plecare faringele, poate fi cauza o retenţie caseoasă în criptele amigdaliene sau în fosetele lui Rosenmüller. Când pliul triunghiular a lui Hiss este prea desvoltat, încât acoperă aproape total amigdala, orificiile criptelor amigdaliene sunt în mare parte acoperite, sau când însăşi aceste mici orificii sunt strâmtate, secreţiile amigdaliene nu se pot scurge, se amestecă cu resturi alimentare, cari apoi intră în putrefacţie şi formează mici concreţiuni albicioase verzui, cari uneori cad în faringe şi sunt extrem de fetide. Lidarea acestor cripte prin comprimarea amigdalei pe planul osos al maxilarului inferior şi atingerea cu astringente, dă puţine rezultate de vindecare. Se poate face o disciziе cu un mic bisturiu curb „în coasă" a pliului, sau a două câte două cripte între ele, provocând astfel o largă comunicare cu faringele, dar tratamentul cel mai sigur este amigdalectomia. Astfel de retenţii în foseta Rosenmüller sunt mai rare. Cu ajutorul rinoscopiei posterioare şi cu un stilet curb se pot evacua massele caseoase,

apoi câteva badijonări cu soluţii slabe de argint nitric, sau acid trichloracetic, vindecă uşor boala.

Când punctul de plecare a fetidităţei haleinei este esofagul sau stomacul, aceasta este datorită fermentaţiilor anaerobiene desvoltate în lichidul de stază în urma dificultăţei de evacuare a acestor organe. Când fetiditatea apare numai în momentul râgâielilor, este indicaţie că are origine gastrică. Când se prezintă alături de tulburări disfagice, avem indicaţia că este vorba de esofag. Un diverticul al esofagului, un megaesofag, stricturile, pungile substricturale, cancerul, pot fi însoţite, la un moment dat al desvoltărei lor, de fetiditate. Afecţiunile stenozante ale pilorului, ce au ca origine cancerul, ulcerul, bridele cicatriciale, stomacul bilocular, ptozele gastrice, etc., pot ocaziona fetiditate, însă numai în momentul râgâelilor. Se poate totuşi ca unele tulburări gastro-intestinale să fie însoţite de o fetiditate permanentă, independentă de râgâeli, însă în aceste cazuri fetiditatea nu este datorită amestecului de aer expirat, cu gazele putride născute la nivelul mucoasei digestive, ci se naşte la nivelul alveolelor, probabil în urma unei tulburări a metabolismului grăsimilor.

In cazurile de fetiditate cu punctul de plecare pulmonar, se disting două posibilităţi, sau există un focar infecţios şi în cazul acesta simptomatologia este foarte bogată, sau nu există focar infecţios, şi atunci se spune că fetiditatea este esenţială.

In prima categorie aparţin Bronchita fetidă, dilataţia bronchiilor, abces al plămânilor, gangrena, pyopneumotoracele deschis. La toate însă, simptomul de fetiditate nu constitue niciodată decât un epifenomen, nu constitue decât un factor care permite de a pune diagnosticul.

Fetiditatea esenţială a haleinei o diagnosticăm prin excluderea celorlalte posibilităţi. Este relativ frecventă. Uneori fetiditatea este puternică şi permanentă, alteori slabă şi mai cu seamă dimineaţa, la sculare. Patogenia este obscură. După cercetările lui Roger, se pare că ar fi vorba de o viciaţie a metabolismului grăsimilor. In stare normală să ştie, că plămânii fixează o cantitate importantă de grăsimi, cari circulă în sânge, şi pe cari le arde, datorită unui ferment lipasic special. In anumite împrejurări, combustiunea aceasta este incomplectă, deci molecula grasă insuficient oxigenată este transformată într'un corp din seria acetonică, acid oxybutyric, acid acetylacetic, etc. Unii din aceşti acizi, fiind volatile şi de un miros foarte rău, se degajează la nivelul alveolelor pulmonare şi produc fetiditatea haleinei.

Terapeutica fetidităţei esenţială a halenei are trei căi. Una este augmentarea ventilaţiei pulmonare, cu scopul de a ajunge la alveole, curent de aer bogat în oxigen, care să favorizeze oxidaţia. Faptul că fetiditatea apare mai ales dimineaţa, se explică prin aceea, că respiraţia în timpul somnului este mai calmă, mai superficială şi deci ventilaţia alveolară insuficientă. A doua cale este supravegherea activităţei funcţionale a organelor lipazice şi în special ficatul. Se pare că hipofuncţionarea hepatică stă la baza multor cazuri de fetiditate a halenei. Ficatul nu poate distruge tot conţinutul de grăsimi din sânge, cari insuficient oxidate, se transformă în corpi din seria acetonică. Deci terapeutica va mări potenţialul activităţei funcţionale a ficatului. In acest scop, se dă calomel în doze mici, sulfat de sodiu, opoterapice, etc. In fine, a treia cale este diminuarea conţinutului de grăsoase a sângelui, prin dietă, fără corpi graşi.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA
MIDY
„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR - 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Institutul Obstetric şi Ginecologic
Medic primar director Dr. F. Süssmann.

Consideraţiuni asupra ileusului paralitic post-operator şi tratamentul lui.

De **Dr. Constantin Banu,**
medic secundar.

Ileusul paralitic post-operator este un sindrom abdominal manifestat prin fenomene de ocluzie intestinală — retenţie de gaze şi materii intestinale, vărsături şi modificări ale stării generale — care se instalează în legătură cu intervenţiile operatorii pe organele cavităţii peritoniale.

In mod obişnuit după orice laparatomie se produce o paralizie relativă a motilităţii intestinului, manifestându-se printr'o uşoară balonare a abdomenului, care după 48 sau 72 de ore dispare şi funcţiunea de motilitate a intestinului revine la normal.

In ileusul paralitic post-operator, peristaltismul intestinal este complet dispărut şi se menţine fără tendinţa de a reveni, urmat fiind de o stagnare a conţinutului intestinal, care dacă se prelungeşte şi nu se intervine la timp aduce tot cortegiul de fenomene grave toxice care duc la sfârşit letal.

Această paralizie a intestinului este pusă în directă legătură cu actul operator şi apare mai frecvent în operaţiunile laborioase când intestinul — fie din cauza aderenţelor, fie din cauza dificultăţilor tehnice — este molestat prea mult. Alteori apare după simple laparatomii exploratoare.

La aceste cauze etiologice se mai adaugă şi narcoza făcută cu eter sau cloroform. Din punct de vedere patogenic atât traumatismul, cât şi narcoza acţionează producând o comoţiune a echilibrului sistemului vago-simpatic intestinal în urma căreia se produce o inhibiţiune a funcţiunii peristaltice.

Se ştie că funcţiunea de motilitate a intestinului este sub acţiunea nervului pneumogastric, care este sistemul neuro-motor. Sistemul simpatic este inhibitor al funcţiunii de motilitate. Cercetările lui *Wagner* confirmate de experienţele lui *Domenech* din Barcelona, arată că inflamaţiunea seroasei peritoneale excită funcţia inhibitoare a simpaticului şi în consecinţă produce o abolire a mişcărilor peristaltice.

Aceleaşi experienţe demonstrează că rahianestezia — cu ajutorul căreia se poate restabili funcţiunea intestinului în cazuri de ileus — face secţionarea chimică a fibrelor preganglionare simpatice şi elimină în felul acesta funcţiunea inhibitoare a simpaticului, lăsând frâu liber vagului care comandă contracţiuni puternice în urma cărora se produce o evacuare.

In afară de acest mecanism care explică instalarea paraliziei prin acţiunea predominantă a simpaticului asupra pneumogastricului mai este unul în care paralizia funcţiunii de motilitate se face prin paralizia vagului. Cercetările lui *Camon* şi *Murphi*, precum şi ale lui *Domenech* arată că eterul şi cloroformul au o acţiune paralizantă asupra vagului, asemănătoare cu a atropinei. Incât în patogenia ileusului paralitic post-operator joacă rol important şi anestezia cu eter prin acţiunea paralizantă a anesteziculuí asupra vagului, alături de traumatismul operator care se produce în urma manipulărilor şi expunerii intestinelor la aer şi care ar produce paralizia intestinului, fie prin paralizia vagului fie prin excitarea simpaticului.

Recent se mai incriminează şi lipsa vitaminei B. ca factor favorizant în debutul paraliziei intestinale după intervenţii.

Simptomatologia i. p. p. o. este aceea a ileusului dinamic în genere caracterizată prin retenţie de gaze şi materii intestinale, meteorism, iar într'o fază mai înaintată vărsături fecaloide însoţite de intoxicaţie intestinală.

Simptomele se instalează insidios, meteorismul devine din ce în ce mai accentuat. Tensiunea gazelor din intestin destinde peretele abdominal reliefând intestinele. Ansele intestinale dilatate apasă asupra diafragmului şi cauzează respiraţiuni frecvente şi superficiale.

Trebueşte făcută o deosebire netă între ileusul paralitic post-operator propriuzis ca entitate clinică, în care traumatismul joacă rol operator, joacă rol determinant şi ileusul paralitic secundar unei infecţiuni peritoneale care survine după intervenţiunile septice în cazurile de perforaţiuni ale unui punct din tubul digestiv ca de ex. ulcere perforate gastrice, apendicite gangrenoase etc.

La aceste cazuri paralizia are la bază elementul inflamator. Seroasa peritoneală inflamată paralizează musculatura subjacentă după legea lui Stockes. Din această cauză paralizia intestinală este gravă şi motilitatea nu-şi revine decât odată cu vindecarea inflamaţiei peritoneale. Cum peritonita este o complicaţie gravă paralizia este de cele mai multe ori ireversibilă.

Ileusul paralitic post-operator propriu zis spre deosebire de ileusul peritonitic, după intervenţii aseptice, este produs de comoţie

exercitată de traumatismul operator asupra sistemului neuro-vegetativ. Are la bază un reflex ca şi ileusul care se produce în urma comoţiei deslănţuită în sistemul neuro-vegetativ intestinal de o criză de litiază renală sau hepatică. Reflexul comoţional neavând bază anatomică va fi mai uşor reversbil şi gravitatea paraliziei intestinale este mai redusă.

Deci la i. p. p. o, elementul paraliziei se datoreşte unei turburări în dinamica sistemului neuro-vegetativ deslanţuită de traumatismul operator şi de narcoză, până când la ileusul peritonitic elementul inflamator joacă rol determinant. Această deosebire există realmente atât din punct de vedere simptomatologic, cât şi al evoluţiei, al prognosticului şi al tratamentului.

In adevăr la i. p. p. o. toate simptomele de paralizie intestinală sunt mult mai atenuate, apar mai tardiv şi evoluează mult mai benign.

Meteorismul la i. p. p. o. apare insidios cam după a 3-4 zile dela intervenţie şi este moderat, nedevenind chinuitor pentru bolnav decât târziu în ziua a 6—7 dela intervenţie în timp ce la ileusul peritonitic se instalează brusc la 24—36 de ore şi este foarte pronunţat şi chinuitor.

Vărsăturile apar tardiv a 4—5-a zi în i. p. p. o. atunci când meteorismul este foarte puternic şi ele sunt mai mult consecinţa stagnării lichidelor în tractul intestinal până când în ileusul peritonitic vărsăturile sunt precoce şi au la bază starea toxi-infecţioasă.

Factorul intoxicaţie a organismului este minimal la început, deshidratarea este puţin pronunţată şi apare în ultima fază spre deosebire de ceea ce se întâmplă în ileusul peritonitic unde intoxicaţia se instalează rapid se datoreşte pe de o parte rezorbţiei toxinelor intestinale, pe de altă parte rezorbţiei toxinelor microbiene din cavitatea peritonială infectată. Din cauza acestei sumări a rezorbţiei toxinelor starea generală se alterează foarte repede, deshidratarea se instalează rapid, temperatura scade, facies-ul devine caracteristic, peritonial, miocardul este atins grav şi evoluţia este letală.

Pulsul. Observarea continuă a pulsului este extrem de preţioasă fiind un semn de mare valoare în diagnosticul diferenţial. În ileusul peritonitic pulsul se alterează foarte curând dela debutul peritonitei a 5—6-a zi devenind filiform, spre deosebire de ceea ce se petrece în i. p. p. o. unde pulsul se menţine cu caracterele lui normale uneori 8—10 zile dela debutul paraliziei intestinale şi nu devine filiform decât în ultima fază dacă nu se intervine la timp pentru a împiedeca progresiunea intoxicaţiei stercorale.

Am avut ocazia să observ un caz de i. p. p. o. la care pulsul s'a menținut normal timp de 12 zile dela debutul paraliziei și când fenomenele au cedat în urma tratamentului medicamentos.

De asemenea urmărirea lui atentă ne indică momentul în care trebue să părăsim tratamentul conservativ pentru a interveni pe cale chirurgicală făcând o enterostomie care executată la timp dă rezultate surprinzătoare.

Diagnosticul diferențial trebue făcut cu peritonitele post-operatorii și cu peritonita care se generalizează după laparatomie în care după cum am văzut fenomenele sunt mult mai grave și evoluția este letală în decurs de 5—6 zile dela operație. La debutul paraliziei intestinale diferențierea este greu de făcut. Numai evoluția lentă și benigna observare a pulsului nealterat ne pot pune în situația de-a deosebi i. p. p. o. de peritonită.

Evoluția. Există o tendință ca în mod spontan motilitatea intestinală să-și revină. Totuși în cazurile de i. p, p, o. desechilibrul fiind mare acest fenomen nu se întâmplă și stagnarea conținutului intestinal, timp îndelungat, duce în ultima fază la stercoremie.

Prognosticul este benign pentru cazurile ușoare la care motilitatea intestinală își revine după 2—3 zile dacă se administrează medicamente stimulatoare ale peristaltismului. In cazurile grave paralizia este rententă necesitând intervenția chirurgicală în care caz prognosticul este mai sever.

Tratamentul ileusului paralitic post operator. Tratamentul profilactic. Pentru prevenirea i. p. p. o. se recomandă eliminarea anesteziei cu cloroform și eter care am văzut din cercetările lui Domenech au acțiune paralizantă asupra vagului, este bine să nu se administreze derivate opiacee analgetice după operație. Se recomandă ca metodă de anestezie, rachianestezia care ea însăși este un factor care dă frâu liber vagului să acționeze, producând contracțiuni peristaltice puternice.

De mare importanță este, ca tehnica operatorie să fie blândă și să menajeze intestinul. Mai ales să se evite tracțiunile mezenterului sau manipulările desordonate care pot produce mici emoragii la baza lui.

Expunerea îndelungată la aer favorizează apariția i. p. p. o. de aceea se recomandă ca intestinele să nu fie scoase în totalitate din cavitatea abdominală ci numai segmentul pe care se lucrează. In serviciul ginecologic al Institutului Obstetric, intestinele expuse se protejază prin acoperirea cu comprese subțiri, imbibate în ser fiziologic la temperatura corpului.

In afară de acestea autori ca Vogel şi Kotzeborn recomandă dilatarea digitală a rectului imediat după intervenţie şi aplicarea unui tub rectal.

Tratamentul curativ medical. Acest tratament are de scop pe de o parte să redeştepte contracţiunile intestinului paralizat, iar pe de altă parte să menţină echilibrul umoral al organismului până la reventrea completă a motilităţii.

După cercetările lui *Hadden, Or* şi *Mac Callum* organismul în cazurile de ileus pierde clorura de sodiu necesară menţinerii acestui echilibru umoral fapt care dacă se menţine mai mult timp duce la o intoxicaţiune profundă şi stare de alcaloză.

In consecinţă se aplică cu foarte mare folos administrarea zilnică a 20—30 gr. clorură de sodiu în soluţie.

Gosset Binet şi Petit-Dutaillis recomandă să se administreze zilnic 1000 gr. soluţie izotonică şi 100 gr. în soluţie hipertonică 20%, fracţionat de 4—5 ori pe zi. Administrarea soluţiei hipertonice mai are şi avantajul pe lângă că combate carenţa de clorură de sodiu este în acelaşi timp un excitant puternic al peristaltismului intestinal. Administrarea clorurei de sodiu trebue să se facă continuu până la reventrea completă a funcţiunii intestinului.

Dintre substanţele care excită peristaltismul intestinal acţionând asupra parasimpaticului ca excitant este fisostigmina. Administrarea ei însă n'a devenit curentă din cauza acţiunii secundare nefavorabile asupra cordului şi a circulaţiei. Din acaasta cauză se întrebuinţează succedanee sintetice cum sunt Prostigmine Roche şi Esmodil Bayer, care au avantajul că nu influenţează circulaţia. Am administrat într'un număr mare de cazuri preparatul casei „Roche" cu rezultate bune. Administrarea se face în injecţii subcutanate de 0,5 mgr. de substanţă la o fiolă de un cmc. după care la ½ h. se face, de preferinţă, o micro-clismă cu glicerină.

In cazurile uşoare mai ales dacă se administrează injecţia precoce în dimineaţa zilei a treia este suficient o singură injecţie pentru a obţine evacuarea conţinutului intestinal. In cazurile mai renitente se poate repeta de două trei ori la interval de 5—6 ore fără niciun accident.

Dăm mai jos două foi de observaţie care ilustrează bunele rezultate obţinute cu Prostigmine.

Cazul I. Bolnava Popa M. 43 ani, Ocnele Mari, intră în Serviciul Ginecologic la 30 Ian. 1938 cu fibrom uterin multiplu. Ant. pers.: a mai fost operată pe organele genitale înainte cu 14 ani. In ziua de 3 Febr. intervin sub anestezie rachidiană. La deschiderea cavităţii perito-

niale se constată organele genitale acoperite de aderenţe ale epiplonului şi de intestinul subţire. Se eliberează cu greutate aderenţele, se constată un uter mărit fibromatos care la nivelul fundului prezenta un fibrom pediculat cât o mandarină. Anexa stângă lipsă, operată înainte cu 14 ani. Se face histerectomie subtotală.

In dimineaţa zilei a treia dela operaţie, bolnava după clismă nu are nici scaun nici vânturi şi este balonată. Balonarea progresează până seara cu toate că se repetă clismele şi devine din ce în ce mai jenantă pentru bolnavă. Starea generală bună, puls 86'. La orele 7 seara se face o injecţie cu Prostigmine după care se administrează o clismă cu glicerină. Bolnava după o oră are câteva vânturi însă balonarea se menţine. La orele 10 jum. se repetă injecţia şi se face din nou clismă cu glicerină şi de data aceasta este urmată de scaun şi vânturi abundente. Balonarea se reduce şi bolnava se simte mult mai bine. A 4-a zi bolnava simte mişcări peristaltice care se susţin printr'o nouă injecţie cu Prostigmine. La trei ore balonarea este aproape complet dispărută şi a 5-a zi bolnava are scaun spontan.

Cazul II, Bolnava Moldovan A. 64 ani Sibiu, intră în Serviciul Ginecologic în ziua de 14 Febr. 1938, suferindă de cancer al colului.

La 17 Febr. sub anestezie rachidiană se procedează la extirparea uterului după Wertheim. Op. dr. Süssmann aj. dr. Banu. La deschiderea cavităţii peritoniale se constată câteva aderenţe epiploice cu fundul uterului. Se eliberează aderenţele. Se constată parametrele şi vezica infiltrate, iar ganglionii hipogastrici măriţi.

Se izolează cu greutate ureterele se decolează vezica, se extirpă ganglionii şi se scoate uterul împreună cu parametrele şi partea superioară a vaginului.

A treia zi bolnava este balonată, nu are scaun nici vânturi. Se face o clismă fără rezultat. După masă balonarea progresează şi bolnava varsă. Se administrează o fiolă Prostigmine şi clismă cu glicerină după care la trei ore bolnava are scaun. A patra zi balonarea este complet dispărută, bolnava are scaun spontan.

Rezultatele care se obţin cu ajutorul substanţelor peristaltice sunt cu atât mai bune cu cât administrarea s'a făcut mai din vreme, înainte ca distensiunea intestinelor — care ea însăşi agravează paralizia — să devină prea puternică.

Este recomandabil ca în operaţiunile laborioase să se administreze în dimineaţa zilei a treia un peristaltic.

In afară de aceste medicamente peristaltice mai sunt şi preparate hormonale care au o acţiune asupra motilităţii intestinale.

între aceste avem neohormonalul care este un extract de splină şi mucoasă gastrică. Prezintă desavantajul că dă accidente anafilactice şi este foarte scump.

Extractul hipofizar din lobul posterior are o acţiune puternică asupra musculaturii netede deci şi asupra contracţiunii intestinale. Insă întrebuinţarea este dificilă din cauză că produce ridicări brusce ale presiunii sanghine.

Tratamentul chirurgical. Rachianestezia. Este o metodă care a fost recomandată şi susţinută de *Wagner*, care se aplică curent în ileusul dinamic. In ileusul dinamic rezultatele cari se obţin sunt variabile, după cum este vorba de un ileus spastic sau aton. Este de înţeles că rachianestezia aplicată în ileusul spastic este ineficace căci nu face decât să accentueze spasmul. In ileusul paralitic rezultatele sunt bune pentrucă anesteziază fibrele preganglionare ale simpaticului care sunt inhibitoare ale peristaltismului. *Domenech* insistă asupra faptului că pentru a obţine o bună anestezie care să prindă toate firişoarele preganglionare, este necesar ca anestezia să se facă la un nivel cât mai ridicat al măduvei.

Enterostomia. Este o metodă eroică care se aplică atunci când toate mijloacele de mai sus au fost epuizate fără niciun rezultat. Intervenţia aceasta dă rezultate impresionante cu o condiţie să se intervină precoce pentru a nu se pierde timpul potrivit. Indicaţia de enterostomie este dată de starea generală şi de starea pulsului. Când avem o bolnavă tânără cu miocardul sănătos vom continua cu tratamentul medical atâta timp cât pulsul se menţine normal ca amplitudine, ritm şi frecvenţă. La primul şi cel mai mic semn de slăbire trebue să intervenim de urgenţă căci în decurs de câteva ore intoxicaţia impregnează atât de puternic miocardul, încât nu se mai poate opri evoluţia letală.

Personal am avut ocazia să intervin în două cazuri unde enterostomia aplicată la timpul potrivit după epuizarea tuturor mijloacelor conservative au fost salvatoare.

Unul din cazuri, observat în Serviciul chirurgical al Spitalului Public de sub conducerea d-lui Docent Dr. Filipescu, în timpul când eram intern, era al unei bolnave în vârstă de 18 ani care după apendicectomie face ileus paralitic. A 4-a zi dela intervenţie bolnava este balonată, începe să verse şi toate încercările de-a readuce funcţiunea intestinală nu dau nici un rezultat. A 6 a zi încep fenomenele de intoxicaţie. In seara zilei ştiind că până dimineaţa următoare va fi târziu încerc enterostomia. Desfac plaga şi în prima ansă întâlnită fac o butonieră cu bisturiul. Introduc în intestin o

pensă şi menţin buzele plăgii deschise prin care se evacuează o cantitate considerabilă de gaze şi conţinut lichid. Aspectul bolnavei se schimbă imediat şi bolnava se simte mult mai bine. La trei ore însă fistula intestinală se închide şi bolnava prezintă din nou semne de intoxicaţie. Desfac buzele fistulei intestinale din nou şi evacuez din nou o cantitate considerabilă dn conţinut intestinal şi introduc o sondă Nelaton pentru a împiedeca închiderea fistulei. La două zile după enterostomie funcţiunea intestinală îşi revine iar după 14 zile părăseşte serviciul vindecată.

Enterostomia este o intervenţie simplă care se aplică şi în cazurile de ileus peritonitic. Astfel Hübener a făcut enterostomie la 32 de cazuri de peritonită şi ileus obţinând 8 vindecări. Durante publică 24 de cazuri de enterostomie după apendicite perforate.

Tehnica operatorie trebue să fie cât mai simplă posibilă pentru a nu se expune bolnava sau bolnavul la un act operator îndelungat. Se execută de preferinţă în plaga operatorie care se desface. Se prinde cu două pense prima ansă care bombează în plagă se face o butonieră de 1—2 cm. dând drumul gazelor şi conţinutului intestinal lichid. Dacă nu este vreo bridă atunci intestinul se evacuează în cea mai mare parte. Eliminându-se conţinutul intestinal foarte toxic, intoxicaţia încetează şi organismul se reface văzând cu ochii. Pentru a împiedica închiderea fistulei create, este recomandabil să se introducă o sondă Nelaton care se va îndepărta atunci când motilitatea intestinală îşi revine. Fistula se închide de cele mai multe ori spontan şi vindecarea se produce în decurs de două, trei săptămâni.

Bibliografie.

F. Domenech: Action de l'anesthésie rachidienne sur la motilité intestinale. La presse medicale 1929 Nr. 5.

Wagner: Zur Behandlung des ileus mit Lumbalanaesthesie. Mediz. Wochenschrift, 14 Iulie 1922.

H. Hübner: Sekundäre Enterostomie bei Peritonitis und Ileus. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. CXXXIV. Hft. 1. S. 93. 1925.

Robert Meyer—Wildisen: Beitrag zur Bekämpfung der postoperativen Darmlähmung.

L. Durante: L'ileus paralitique comme complication de l'apendicite aiguë et son traitement par l'entérostomie, Archivio italiano di Chirurgia, tome XVII, fasc. 3, Oct. 1928, p. 254—268.

A. Theohari: Traité de Thérapeutique.

Constatări medicale şi psichologice la elevii şcoalelor primare din plasa Buzăul-Ardelean.

Dr. Grădina Constantin,
medic de circ.

Prin cunoaşterea medicală şi psihică a populaţiei şcolare din o regiune, ne dăm seama din ce elemente se compune circumscripţia şi în ce direcţie trebue să activăm fiindcă acţiunea sanitară şi educativă, cu atât este mai eficace, cu cât să îndreaptă către acele elemente, cari sunt mai uşor de educat, adecă tineretul şcolar.

Din anul 1933 am început examinarea medicală şi psichologică (determinarea coeficientului de inteligenţă) a populaţiei şcolare din plasa Buzăul-Ardelean, fiind ajutat în aceasta acţiune de către dnul Dr. Birţ Gheorghe, medicul circ. sanitare Intorsura-Buzăului, precum şi de către toţi dnii învăţători dela şcolile respective. Constatările sunt făcute asupra unui număr variabil de elevi după ani, din cele patru comune din plasa Buzăul-Ardelean şi anume: comuna Intorsura-Buzăului, comuna Sita-Buzăului, Comuna Vama-Buzăului şi com. Barcan.

A) Examinarea inteligenţei.

Pentru determinarea coeficientului de inteligenţă am întrebuinţat testele neverbale de grupă a Institutului de Psihologie din Cluj. In anul 1933 am examinat un număr de 600 de elevi şi în anul 1935 210 elevi dela şcolile primare din Buzăul-Ardelean. Rezultatul acestei anchete îl redau în tabloul de mai jos, unde constatările sunt date în procente.

Rezultatul din anul	Numărul elevilor examinaţi	Grade mintale						
		moroni	mărginiţi	proşti	normali	deşteptі	foarte deşteptі	eminenţi
1933	600	4.78%	12.88	25.77	42.20	7.06	4.36	2.70
1935	210	25.42	10.73	14.12	21.48	7.34	3 98	3.98

Numărul celor debili mintali găsiţi este destul de mare şi poate ar fi în directă legătură cu guşa, care în aceasta regiune se găseşte într'un procent mare, la elevii şcoalelor primare. Tabloul de mai jos, redă în procente, numărul elevilor cu guşă, găsiţi în anii respectivi:

Anul examinării	1934	1935	1936	1937
Procentul elevilor găsiţi cu guşe	8 3	29.1	27	25.2

Aceasta constatare pe lângă valoarea ce o are pentru educator, mai are o valoare şi pentru societate, în urma consecinţelor sociale produse de debili mintali, dintre cari în mare majoritate a cazurilor, se recrutează delicvenţii, vicioşii, prostituate etc. cari necesită continuă supraveghere, asistenţă, din partea statului sau a societăţii.

B) Examinarea medicală:

Din anul 1934 am introdus „Fişa medicală şcolară" pentru elevii din plasa Buzăul-Ardelean. Examinările medicale le-am făcut în fiecare an şcolar. Constatările făcute în cei patru ani de examinare le redau în următorul tablou, unde la început avem dat numărul elevilor examinaţi, în rest avem numai în procente exprimat constatările făcute. Pentru stabilirea greutăţii şi a clasificării ei în normal nutrit, subnutrit sau supranutrit, până în anul 1937 m'am folosit de tabela lui Baldwin-Wod, iar în anul 1937 am întrebuinţat tabela etalonată pe subiecţi români de către Dr. P. Râmneanţu.

Anul examinării	Numărul elevilor examinaţi	Greutatea			Amigd. şi vegetaţii	Urechi	Nas, polip.	Gură, dinţi	Ganglioni	Piele		Guşe	Ochi		Alte defecte
		subnutriţi	normal	supranutriţi						Paraziţi	Scabie		acuitate	conjunct.	
1934	385	16.7	73.1	10.2	44	2,3	0.5	37	56	42	1.2	8.3	6.4	1.2	7
1935	343	17.9	76.2	5,9	23.6	1,1	0.5	27.1	78	335	1.8	29.1	6.4	—	1.4
1936	400	12	79	9	26	3	2	28	24	33	3	27	5	—	6.5
1937	452	4.2	81.1	14.7	16.7	0.4	0.2	19.4	25.8	40	4.4	25.2	5.5	0.6	3.3

Afecţiunile care predomină la populaţia şcolară se grupează mai ales în jurul amigdalelor — gură, dinţi — ganglioni. Numărul

celor subnutriţi, nu este mare şi procentul lor este în scădere din an în an. Procentul mare al celor cu paraziţi, îl dă, mai ales fetele cari 100—100 îl are. Guşa predomină la elevii şcoalelor primare din Buzăul-Ardelean, fiind o regiune guşogenă.

Dacă v'om căuta să raportăm numărul de afecţiuni pe numărul de copii examinaţi, găsim pe cap de copil de şcoală după ani, un număr variabil de afecţiuni, fapt ceeace se poate ceti din alăturatul tablou:

Anul examinării	Totalul elevilor examinaţi	Totalul afecţiunilor găsite la elevi	Numărul afecţiunilor pe cap de elev	
1934	385	834	2.1	
1935	343	518	1.5	
1936	400	618	1.7	
1937	452	657	1.4	

Constatări A) de ordin psichologic:

1. Repartizarea elevilor din Buzăul-Ardelean după coeficientul de inteligenţă nu diferă prea mult de cele constatate şi în alte părţi cu excepţia că procentul debililor mintali este mai mare.

2. Numărul mai mare al celor debili mintali poate fi şi în directă legătură cu numărul mare al guşaţilor.

B) de ordin medical:

1. Numărul afecţiunilor care predomină la populaţia şcolară din Buzăul-Ardelean se grupează în jurul unor organe în special (amigdale — gură, dinţi -- guşă).

2. Numărul afecţiunilor pe cap de copil de şcoală din plasa Buzăul Ardelean are o tendinţă de scădere.

La turburări de echilibru şi neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase şi depresive, Basedow şi cazuri basedowoide şi migrene etc.

BELLERGAL

Combinaţie de Bellafolină, Gynergen şi Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineaţa unul la dejun şi 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 şi 100 drageuri

Reprezentanţi pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102, Bucureşti I.

Drogueria „Royal"
Piaţa Unirii 26, Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveţia)

---

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV
Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE: 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p: (γ fenilpropilaminol fenil sulfamid α - γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Soluţie cu 6 % sare
INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE
Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE: 10 la 20 cc. pro die

TRATAMENTE ASOCIATE *pe cale bucală şi parenterală*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

SENNA-CARBON

TABLETE

Conținut	Indicație	Doza
Folia Sennae plv. Fel Tauri depur. Carbo depur. Sulfur depur. Ol. Foeniculi & Menthae	Constipație acută și cronică, Gastrite, Gastro-enterite, Intoxicațiuni alimentare	1 – 3 tablete după fiecare masă

CALMAROL

SIROP

Medicație sedativă pentru sistemul nervos cu

2 gr. Natrium-Phenobarbit
2 „ Analgesină
5 „ Natrium bromat
1 „ Tra Valeriana spirtosa
1 „ Extr. Passiflorae
pentru 150 gr. sirop

3 linguriţe pe zi, înaintea meselor.
In caz de insomnie, 1 lingură la culcare

Medicamentul să se ia în puţină apă

Preparate:

HYGEA S. A. R. CLUJ

Laborator pentru produse chimice şi farmaceutice

Spitalul public Sibiu. Serviciul Medical.
Medic Primar Dr. C. Manta.

Câteva consideraţiuni asupra diverticolului duodenal, în legătură cu două cazuri observate.

De **Dr. Virgil Stanciu.**

Prin diverticol duodenal se înţelege o dilataţie circumscrisă a întregului perete duodenal (Haţieganu).

Diverticolul duodenal a fost semnalat pentru prima dată de către Chomel şi constituia înainte de era radiologică o raritate. Dela descoperirea razelor Röntgen numărul diverticolelor duodenali descoperiţi s'au înmulţit aşa încât azi prezenţa lor nu mai constitue nicio curiozitate.

Ca localizare îi găsim mai frecvenţi situaţi la nivelul porţiunii a II-a, putând fi însă situaţi şi la nivelul celorlalte segmente ale duodenului. Mai rar sunt diverticulii la nivelul unghiului duodeno-jejunal.

Ca simptomatologie diverticolul poate să evolueze uneori latent, să nu prezinte niciun semn clinic şi să constitue o descoperire radiologică (Charles Proust). In majoritatea cazurilor însă evoluiază cu semne clinice mai mult sau mai puţin caracteristice.

Inainte de a trece la simptomatologia diverticolului duodenal voiu expune cele două cazuri de diverticol duodenal observate în serviciul medical.

1-ul caz. M. Ioan în vârstă de 34 de ani intră în spital la 6 August 1938 pentru dureri în regiunea epigastrică, slăbire şi uşoare vărsături, dureri cari se accentuiază mai mult în timpul zilei.

In antecedentele heredo-colaterale — mama trăieşte, tatăl mort în timpul războiului.

Antecedentele personale. Căsătorit, fără copii. A suferit de blenoragie, în rest neagă orice altă boală infecto-contagioasă. Uzează în doze moderate de alcool şi tutun.

Boala actuală datează de aproximativ 6 luni. Debutul bolii s'a făcut în mod insidios, prin dureri vagi în regiunea epigastrică cu radieri în spate, dureri cari se accentua mai ales la eforturi şi nu erau în legătură cu alimentaţia. A fost sub tratamentul unui medic,

care i-a prescris niște prafuri, însă durerile necedându-i, se internează în Spital. La intrare bolnavul se prezintă bine conformat.

La examinarea bolnavului se constată: aparatul respirator: la percuție și ascultare nimic deosebit. Cordul bine bătut, nu se constată sufluri. La examinarea abdominală bolnavul la palpare acuză ușoare dureri în regiunea epigastrică. Ficatul și splina nu sunt mărite. Scaunele normale. Bolnavul e afebril. Bănuindu se o afecțiune gastro-duodenală, se examinează sucul gastric dimineața a jeun, cantitatea extrasă fiind 40 cc. cu acciditate totală de 30 și acciduI clorhidric liber fiind 10. Reacția Gregersen negativă. Se trimite să i se facă radioscopia tubului gastro intestinal și spre surpriza noastră se constată un diverticol duodenal situat la nivelul celei de a doua porțiune a duodenului, având grosimea unui creion și lung de 6—7 cm. (un adevărat apendice duodenal), care imagine radioscopică se menține și la 24 de ore după prima examinare.

2-lea caz. P. Ana, în vârstă de 63 ani, se internează în serviciul medical al Spitalului Sibiu în ziua de 15 Sept. 1938 pentru dureri vagi în regiunea epigastrică, cu iradieri spre hipocondrul drept și spate.

In antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit.

In antecedentele personale: căsătorită, a avut 4 copii dintre care unul mort și trei trăiesc. Neagă orice boală infecto-contagioasă.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală datează din toamna anului 1937. A început prin dureri în regiunea epigastrică cari se accentuau mai ales în timpul zilei și scădeau în timpul nopții. In luna Mai văzând că durerile nu încetează a consultat un medic, care i-a prescris un tratament fără niciun rezultat efectiv. Văzând că situația nu se ameliorează, se internează la data mai sus amintită în Spital.

La examenul bolnavei se constată următoarele: Bolnava e ușor emaciată, prezintă un ușor subicter conjunctival, are acuze gastrice, cari se linișteau sau dispăreau complet în decubit dorsal. Nu prezintă vărsături. La examinarea aparatului respirator nu se constată nimic deosebit. Cordul între limite normale. Sgomotele cardiace ușor asurzite. Puls 80 pe minut, tensiunea arterială 16/10 după Vaquez.

Ficatul și splina nu sunt mărite. La palparea abdominală ușoare dureri fără localizare precisă în regiunea epigastrică și punctul duodenal. Scaunele regulate și normale. La analiza urinei nimic patologic. Bolnava e afebrilă.

Se examinează sucul gastric dimineața, a jeun și se extrage o cantitate de 30 cc. cu acciditatea totală de 20, acciduI clorhidric

liber fiind de 5. Se trimite la examinarea radiologică a tubului gastro-intestinal, unde se constată o imagine diverticulară pe marea curbură a bulbului duodenal, cam aproximativ 3—4 cm. Revăzută bolnava după 24 ore, se constată persistența acestei umbre diverticulare.

In rezumat ce concluzii se pot trage în aceste două cazuri? E vorba de doi bolnavi de diferite vârste, care se internează în Spital cu semne dispeptice vagi, fără localizare și orar precis, imitând orice afecțiune gastro-duodeno-colecistică. E vorba de acel polimorfism de simptome nesistematizat, care nici ca localizare nici ca durată, nici ca intensitate nu are nimic patognomic cu afecțiunea de care suferă. Durerile pot varia dela o ușoară jenă până la cele mai mari crize dureroase (Proux). Nu se calmează prin luare de medicamente alcaline, nici prin alimentație. Sunt mai intense în timpul zilei și se liniștesc în timpul nopții. Singurul lucru ce ni se pare caracteristic, e că aceste dureri se exacerbează la eforturi și se liniștesc în decubit dorsal, fapt care ar coincide și ar explica până la un oarecare punct durerile din timpul zilei și liniștirea lor în timpul nopții.

Deci în toate cazurile unde avem o simptomatologie fără nicio sistematizare la un bolnav cu acuze gastrice, trebue să ne gândim la eventualitatea unui diverticol duodenal și să trimitem bolnavul pentru o examinare radiologică a tubului gastro-intestinal, singurul fiind în stare de a ne da date precise despre existența afecțiunii susmenționate.

Bibliografie.

Hațieganu-Goia: Tratat elementar de semeiologie și patologie medicală, Cluj, 1936.

Maurice Loper: A propos des diverticules du duodenum Clinique et Laboratoire Nr. 9, 1935.

M. Chiray & R. Jame: Les dyspepsies gastriques des affections non ulcereuses du duodenum — Presse Medicale Nr. 96, 1934.

R. A. Guttmann: Les syndromes douloureux de la region epigastrique (Doin).

Celice & Parrot-Manson: Les diverticules duodenaux. La Presse Medical, 1935.

M. Rocha: Le diagnostic radiologique des diverticules doudenaux. Congrés international de radiologie, Zürich 1934. (Ref. Presse Medical Nr. 93, 1934).

M. Mathes—H. Curschmann: Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten.

Dr. P. Speidel: (Stuttgart), Zur Klinik der duodenal divertikel Erkrankung. Medizinische Wochenschrift Nr. 21, 1938.

Charles Proux & Ngugen Dinh Hoang. Les diverticules de l'angle duodeno-jejunal. Presse Medical 1938.

Garin, Bernau: Diverticule dela deuxieme portion du duodenum avec neoplasm gastrique. Presse Medical Nr. 61, 1934.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Campania sanitară în Ţinutul Mureş[1]).

De **Dr. I. Stoichiţa,**
inspector general sanitar.

Problema sanitară în România a încetat de a mai fi o problemă secundară lăsată exclusiv în grija medicilor şi a personalului sanitar auxiliar. Prin influenţa hotărîtoare pe care o exercită mersul sănătăţii publice asupra vieţii de Stat şi asupra perspectivelor de viitor ale Naţiunii, problema sanitară a intrat în cea mai vie actualitate românească, impunându-se ca una dintre cele mai importante probleme de Stat.

Importanţa ei este azi unanim recunoscută şi pentru acest fericit reviriment trebue să fim recunoscători în primul rând. *M. S. Regelui Carol al II-lea,* care în discursul rostit cu ocaziunea recepţiei de anul nou 1937, situează starea sănătăţii poporului nostru pe acelaş plan cu Apărarea Naţională. *„După primatul Apărării Naţionale, trebue să urmeze primatul sănătăţii publice"* — a spus M. S. Regele, iar Sfetnicii Săi, cari s'au perindat la conducerea Departamentului sănătăţii, s'au nizuit să traducă în fapt aceasta poruncă Regală.

S'a completat armamentul sanitar prin construirea de noi Spitale şi prin repararea şi amenajarea celor vechi; s'au ridicat Sanatorii noi pentru tuberculoşi; s'au construit şi înzestrat sute de dispensare medicale şi băi populare şi s'a sporit în mod simţitor numărul personalului medical şi sanitar auxiliar, cu deosebire pentru mediul rural.

Cadrul acestor realizări a fost lărgit de către actualul conducător al Departamentului sănătăţii, *Dl Ministru, G-ral Dr. Marinescu,* prin deschiderea unor drumuri noi în domeniul activităţii sanitare, drumuri chemate în primul rând să ne procure documentarea necesară asupra realităţilor sanitare şi igienice din sate şi oraşe, iar în al doilea rând chemate ca să contribue printr'o acţiune energică şi viguroasă la ridicarea şi promovarea lor.

1) Conferinţă.

Intr'adevăr, prin întocmirea câte unei *monografii sanitare* pentru fiecare comună rurală şi urbană, lucrare care s'a executat în toată ţara încă în lunile Iunie şi Iulie 1938, — s'a ajuns ca să dispunem azi de o evidenţă mai precisă asupra situaţiei sanitare, demografice şi igienice din fiecare localitate, iar prin *Campania sanitară* organizată de Minister, în lunile August şi Septemvrie 1938, s'a dat un nou impuls vieţii sanitare, inaugurându-se un ritm mai viu şi executându-se o însemnată operă de asistenţă medicală şi igienică, cu deosebire la sate.

In cele ce urmează, vom arăta cum s'a desfăşurat Campania sanitară în judeţele aparţinătoare Inspectoratului General Sanitar Sibiu; cât şi cum s'a activat pe teren de către echipele noastre sanitare şi ce rezultate s'au putut obţinea printr'o muncă neîntreruptă de 2 luni.

Repartizarea populaţiei.

Mai înainte socotim însă, că este necesar să dăm câteva date informative asupra situaţiei sanitare şi demografice din comunele rurale şi urbane aparţinătoare Inspectoratului, date care se referă la situaţia constatată prin Monografiile sanitare, înainte de începerea Campaniei sanitare.

Inspectoratul General Sanitar Sibiu cuprinde judeţele: Alba, Sibiu, Târnava Mică, Târnava Mare, Făgăraş, Braşov, Treiscaune, Ciuc şi Odorhei, deci 9 judeţe situate în sudul Transilvaniei şi aproximativ în centrul geografic al României întregite.

Cifra probabilă a populaţiei din Inspectorat la data de 1 Iulie 1938 a fost de *1.505.818 locuitori*, repartizaţi pe 935 comune, dintre cari 918 comune rurale şi 17 comune urbane.

Teritoriul Inspectoratului se întinde pe o suprafaţă de 27.914 km.^{2} cu o *densitate de populaţie medie* de 52 locuitori pe un km.^{2}, o medie deci care este mai *mică* decât a Ţării întregi şi *mult mai mică* decât media multor ţări occidentale ca Belgia cu o densitate medie de 258 locuitori pe km.^{2}, Olanda cu 219 locuitori, Anglia cu 185, Germania 135 şi Ungaria cu 92 locuitori pe un km.^{2}. Dispunem aşa dar, *sub raportul densităţii populaţiei de o situaţie foarte favorabilă* şi care ne garantează încă pentru multă vreme posibilităţi bune de aşezare pentru sporul anual de populaţiune şi care spor pentru ţara întreagă se ridică la cifra de aproape 250.000 suflete pe an.

Dacă analizăm *repartizarea populaţiei pe sate şi oraşe*, vom constata că în cuprinsul Inspectoratului Sibiu, 83,6% a populaţiunei este rurală şi numai 16,4% a locuitorilor trăiesc în mediul urban.

Proporţia repartizării populaţiunei rurale şi urbane este aşa dar mai pronunţată în favorul mediului rural decât în restul Ţării, unde găsim o medie de 20,1% populaţie urbană faţă de populaţia rurală care reprezintă 79,9% din total.

Mişcarea populaţiei.

Sub raportul *natalităţii*, constatăm că în general judeţele din cuprinsul Inspectoratului Sibiu, se prezintă simţitor *sub media pe ţară*, având o natalitate medie pe ultimii 5 ani de abia 27,7 la mie, faţă de 31,5‰ cât este media României pe aceeaşi perioadă de timp.

Cea mai mare natalitate din Inspectorat o are judeţul Târnava Mică cu 30,3‰, iar cea mai mică judeţul Făgăraş cu abia 22,4‰. Este cu deosebire defavorabilă situaţia natalităţii la oraşe, atigându-se o medie de abia 18,3‰, pe ultimii 5 ani.

Dacă cercetăm situaţia naşterilor pe o perioadă mai lungă de ani vom găsi că natalitatea se găseşte într'o *continuă şi destul de accentuată scădere din an în an*, atât în mediul urban, cât şi în cel rural, un fenomen defavorabil pentru viitorul demografic al acestui Ţinut.

Este îmbucurătoare însă constatarea că deşi avem o natalitate scăzută şi în continuă decreştere, totuşi se menţine un echilibru stabil şi uneori chiar favorabil între cifra de natalitate şi *mortalitate generală*, realizându-se anual un spor de populaţiune destul de apreciabil. Intradevăr, cifra mortalităţii generale din Inspectorat fiind cea mai scăzută dintre toate regiunile ţării cu 17,1‰, media ultimilor ani, se realizează un *spor de populaţiune* de 8,6‰, faţă de sporul de 11,6‰ a mediei pe ţară, cu o natalitate mult mai ridicată decât a Inspectoratului Sibiu.

Se poate deci afirma, fără nicio exagerare, că printr'o organizare sanitară mai vastă, prin împrejurări locale mai avantajoase şi poate printr'o vieaţă sanitară mai activă, s'a reuşit ca cel puţin în parte, să se recupereze desavantajiile unei natalităţi scăzute, printr'o corespunzătoare scădere a cifrei de mortalitate generală, împrejurare care ne asigură un echilibru demografic satisfăcător.

Starea sanitară mai favorabilă din cuprinsul Inspectoratului se ilustrează însă şi mai bine dacă cercetăm cifra atât de sensibilă a *mortalităţii infantile*, adică a numărului de copii morţi anual înainte de a fi împlinit vârsta de un an. Pentru România, pe ultimii 5 ani mortalitatea infantilă a fost de 18,0‰; pentru Transilvania de 15,9‰, iar pentru Inspectoratul Sibiu numai de 14,3‰, o *situaţie deci dintre cele mai favorabile în comparaţie cu restul ţării.*

Analizate aceste cifre demografice pe mediul urban şi rural separat, ajungem la concluzia că, *aproape întreg sporul natural de populaţiune provine din mediul rural*, contribuţia oraşelor la acest spor fiind cu totul neînsemnată. Adevăratul rezervor de energii vitale se găseşte deci la sate şi de aceea întreaga noastră atenţiune şi grije trebue să fie îndreptată către aceste sate, care rămân cea mai sigură chezăşie de viitor a prosperităţii biologice a neamului românesc.

Morbiditatea.

In ceea ce priveşte morbiditatea, ne vom referi numai la bolile sociale şi epidemice constatate înainte de începerea Campaniei sanitare, pentru a avea astfel elemente de comparaţie între situaţia anterioară şi posterioară Campaniei sanitare.

La data de 31 Iulie 1938, erau înregistrate în total:

3595	cazuri	de tuberculoză
4308	„	„ sifilis
507	„	„ cancer
39	„	„ pelagră
456	„	„ paludism
364	„	„ conjunctivită granuloasă şi
8086	„	„ de guşă.

In total se cunoşteau deci 17.355 de cazuri de diferite boli medico-sociale.

In afară de aceasta mai erau înregistrate la începutul Campaniei sanitare 548 de cazuri de boli infecto-contagioase acute şi anume:

Febră tifoidă	25	cazuri
Scarlatină	36	„
Rugeolă	75	„
Tusă convulsivă	353	„
Difterie	9	„
Dizenterie	37	„
Erizipel	2	„
Antrax	3	„
Paralizie infantilă	6	„

Organizarea Campaniei sanitare.

După ce am cunoscut astfel în mod sumar starea sanitară şi demografică a judeţelor din cuprinsul Inspectoratului Sibiu, urmează să arătăm acum scopurile urmărite de Minister prin organizarea Campaniei sanitare din August şi Septemvrie 1938; să descriem pe

scurt metoda de lucru pe teren a echipelor noastre sanitare şi în sfârşit să facem un bilanţ al realizărilor obţinute prin munca depusă de aceste echipe.

Programul de activitate întocmit de Ministerul Sănătăţii, fixează ca principale obiective ale Campaniei sanitare următoarele deziderate:

1. *Verificarea pe teren şi eventuala completare a Monografiilor sanitare a comunelor urbane şi rurale;*

2. *Ridicarea igienică a satelor şi oraşelor prin introducerea şi aplicarea măsurilor de igienă colectivă;*

3. *Aplicarea măsurilor de igienă individuală şi a locuinţei;*

4. *Depistarea, înregistrarea şi combaterea bolilor medico-sociale şi epidemice;*

5. *Asistenţa medicală gratuită a bolnavilor suferind de boli intercurente* şi

6. *Propaganda sanitară şi educaţia igienică a populaţiunei.*

Pentru realizarea acestor importante deziderate, Ministerul Sănătăţii pe lângă organizarea sanitară permanentă de care dispunem, ne-a mai pus la dispoziţie încă 61 medici interni şi secundari de spitale şi medici cu stagiul militar la ţară; 72 panere cu instrumentar medical, pansamente şi medicamente; 2 trenuri-băi cu duşuri şi etuve pentru desinfectare şi o camionetă radiologică dela Liga Naţională în contra tuberculozei. Acest armement a mai fost completat de către Serviciile sanitare de judeţe şi municipii cu materialul necesar pentru recoltarea probelor de laborator, cu mijloace de transport, pentru echipe; cu materialul necesar pentru înregistrarea constatărilor de ordin medical şi igienic şi cu un plus de alt personal sanitar auxiliar şi tehnic primit dela spitale şi dela autorităţile administrative locale. In afară de organizarea sanitară stabilă locală şi de personalul şi materialul trimis de Minister ori procurat de către serviciile sanitare judeţene, a mai participat la Campania sanitară din cuprinsul Inspectoratului Sibiu încă alte 236 persoane ca: ingineri, medici veterinari, asistente sociale, agenţi sanitari, surori de ocrotire, conductori tehnici, conducătoare de menaj, lucrători, precum şi grupe de străjeri şi premilitari.

Intreg personalul a fost repartizat în 36 echipe sanitare, care au activat pe teren timp de 2 luni, totalul zilelor de activitate pentru toate echipele la un loc fiind de 1707 zile.

Activitatea echipelor sanitare a fost organizată, îndrumată şi controlată pe teren de Inspectoratul General Sanitar, şef al Regiunei şi de către organele de conducere ale Institutului de Igienă şi să-

nătate publică din Cluj, iar conducerea locală pentru fiecare judeţ sau Municipiu a fost exercitată de către medicii primari judeţeni şi medicii şefi de municipii.

Echipele sanitare au lucrat după un itinerar fixat de mai înainte, activând în câte o comună una, două sau mai multe zile, după întinderea şi numărul populaţiunii din comuna respectivă. Transportul echipelor dintr'o localitate în alta s'a făcut parte prin auto-ambulanţele de salvare ale judeţelor, iar parte prin trăsuri şi căruţe locale închiriate sau puse la dispoziţia echipelor de către Primăriile locale. Tot prin grija Primăriilor şi a organelor sanitare locale, s'a asigurat şi încartiruirea şi hrana echipelor sanitare.

Fiecare echipă sanitară a lucrat separat în câte o comună rurală, iar în comunele cu o populaţiune mai numeroasă s'au concentrat câte 2 sau 3 echipe la un loc. S'a făcut aceasta concentrare cu scopul de a termina lucrarea dintr'o comună în cel mai scurt timp posibil, pentru a nu reţinea populaţiunea timp prea îndelungat dela lucrările sale obişnuite tocmai în sezonul principal al muncilor agricole. Al 2-lea motiv a fost de ordin psihologic: apariţia în comună a unei echipe mai numeroase şi bine înzestrate trezind un interes mai viu în sânul populaţiunii; inspirând mai multă încredere faţă de noua acţiune întreprinsă şi în afară de aceasta făcând posibilă o muncă mai sistematică pe teren şi un control mai eficace din partea organelor superioare.

Cu câteva zile înainte de apariţia echipei sanitare în comună terenul era pregătit fie prin medicul primar judeţean ori medicul circumscripţiei respective, fie prin organele administrative locale, care anunţau populaţiei data sosirii echipei; explicau scopul Campaniei sanitare şi îndemnau populaţiunea ca în ziua fixată să fie acasă în număr complet şi să se pregătească pentru vizita medicilor prin executarea unei radicale curăţenii în gospodărie şi în interiorul locuinţei.

In cele mai multe comune acest consemn a fost respectat; populaţia a fost prezentă la domiciliu, iar gospodăriile au fost primenite, casele văruite, ghizdurile fântânilor reparate şi văruite, podeţele refăcute, iar şanţurile dinaintea caselor curăţite şi desfundate. Acelaş lucru s'a făcut de către autorităţile comunale în ceea ce priveşte curăţenia publică din comună, încât în momentul sosirii echipei sanitare, cele mai multe sate aveau un aspect frumos de curăţenie generală, iar populaţia aştepta cu mult interes vizita medicilor.

După sosirea echipei în comună, medicii erau împărţiţi de către şeful echipei pe sectoare, fiecare medic având însărcinarea de a

cerceta la fața locului un anumit număr de case și gospodării. Medicul vizitator a fost aproape în toate cazurile însoțit de un membru al Primăriei sau de un alt fruntaș din comună care l-a condus la casele din sectorul ce i-a fost încredințat, dându-i în acelaș timp și toate informațiile necesare privitoare la starea gospodăriei și a membrilor din familia respectivă. Intrat într'o gospodărie, medicul vizitator a înregistrat într'o fișe familiară de mai înainte tipărită, toate constatările sale privitoare la situația igienică a casei și a gospodăriei, dând sfaturi și îndrumări pentru lucrările de asanare pe care le găsea de necesare. Propunerile de asanare igienică a gospodăriei, medicul le înregistra în mod detaliat și în rubrica respectivă a fișei familiare.

După terminarea acestei operațiuni medicul proceda la examenul medical al persoanelor care constituiesc menajul, toate constatările de ordin medical fiind de asemenea înregistrate în capitolul respectiv al fișei familiare. Pentru bolile intercurente constatate, bolnavii au primit pe loc medicamentele necesare din panerele trimise de Minister, iar pentru examinări medicale mai complicate sau pentru luare de probe de laborator, bolnavii sau suspecții se trimiteau la dispensarul fix improvizat la Primărie sau în școală, unde se completa examenul medical făcut în familie și se recoltau probele necesare de laborator pentru precizarea diagnosticului. La dispensarul fix serviciul era executat, fie de medicul circumscripției respective, fie de echipa întreagă, în orele de după masă și seara, când se prezentau toate persoanele cărora li s'a făcut o asemenea indicație cu ocaziunea vizitei la domiciliu.

In județul Brașov, aceste examinări mai complicate au fost executate de 2 ori în săptămână prin medici de specialitate veniți dela centru și cari prin competența lor au completat lucrarea echipelor sanitare dând numeroase consultațiuni de specialitate.

In Duminecî și sărbători și uneori chiar și în zilele de lucru în orele de seara, medicii echipelor în colaborare cu cercurile culturale ale „Astrei" sau căminele culturale ale Fundațiilor Regale, au ținut *conferințe publice* populațiunii cu subiecte alese din domeniul igienii individuale și colective, iar surorile de ocrotire atașate echipelor, au îndeplinit o adevărată operă de educație igienică în familie, prin sfaturile date mamelor și prin demonstrațiile practice pe care le-au făcut în cercul gospodinelor locale. In județul Sibiu, această acțiune a fost întregită în decursul Campaniei sanitare prin angajarea alor 3 instructoare de menaj, care aprovizionate cu utilajul necesar, au însoțit echipele sanitare, făcând instrucție practică

pe teren cu gospodinele locale, cu deosebire în domeniul bucătăriei.

Lucrarea echipelor sanitare a mai fost completată prin examinările radiologice, executate cu ajutorul aparatului transportabil pus la dispoziția noastră de Liga Națională în Contra Tuberculozei și prin activitatea deosebit de utilă a celor 2 trenuri-baie trimise de Minister.

După terminarea activității zilnice pe teren, șeful echipei sanitare a întocmit în fiecare zi un proces-verbal de activitate a echipei. Acest proces verbal, înscris în registrul trimis de Minister, conține totalizate datele constatărilor făcute de echipe în decursul zilei; măsurile luate pentru asanare și date precise privitoare la igiena colectivă și la salubritatea publică.

După terminarea lucrării dintr'o comună, șeful echipei a fost obligat să cheme la primărie pe toți capii autorităților locale și aici în cadrul unei scurte conferințe se făcea o expunere asupra constatărilor înregistrate de echipele sanitare, insistându-se în mod deosebit asupra igienii colective și asupra măsurilor de asanare propuse de medici și care necesită o acțiune de durată din partea autorităților respective și din partea diferiților locuitori din comună. Pentru realizări mai importante ca: construirea de dispensare, băi populare sau fântâni publice, s'au constituit chiar pe loc comitete locale de inițiativă compuse din fruntașii comunelor, cărora li s'au dat de medici îndrumările și indicațiile necesare pentru aceste realizări de interes obștesc.

In unele comune s'a reușit ca anumite lucrări să fie executate chiar în timpul șederii în comună a echipelor sanitare prin grupe de străjeri și premilitari, iar în alte părți s'au început în prezența echipelor noastre lucrări mai importante de asanare prin organele primăriilor locale și cu ajutorul premilitarilor.

Rezultatele obținute.

Iată acum pe scurt și exprimată în cifre activitatea depusă pe teren și rezultatele obținute prin Campania sanitară.

Din totalul de 935 de comune rurale și urbane din cuprinsul Inspectoratului Sibiu, echipele sanitare au activat în 703 comune, adică în 75,2% din total. Cel mai mare număr de comune s'a vizitat de echipe în județele *Făgăraș, Târnava Mare și Odorhei,* unde s'au cercetat absolut toate comunele din județ, iar cel mai mic procent îl prezintă județul Alba cu abia 31,0% din totalul comunelor. Procentul relativ mic din județul Alba se explică prin faptul că aici a

trebuit să concentrăm întreaga noastră activitate în regiunea atât de năpăstuită a Munţilor Apuseni, unde din cauza dificultăţilor pe teren şi a marilor distanţe dela o gospodărie la alta, munca depusă de echipe nu a putut da randamentul numeric obişnuit.

Din cele 235.406 de gospodării de pe teritoriul comunelor cercetate de echipe, s'au vizitat de medici 207.933 de gospodării adică 88,3% din totalul gospodăriilor din aceste comune. S'a completat pentru fiecare gospodărie câte o fişă familiară separată, înregistrându-se toate datele privitoare la situaţia igienică constatată, precum şi datele privitoare la starea sanitară a locuitorilor din aceste gospodării. La sfârşitul Campaniei sanitare dispunem deci în cuprinsul Inspectoratului Sibiu, de un număr de 207.933 de fişe familiare completate de medici, un material documentar şi informativ de o mare valoare şi care material formează pentru noi baza şi punctul de plecare a unei vaste acţiuni igienice şi sanitare de durată, care acţiune a şi început cu ajutorul organizării sanitare stabile de care dispunem şi cu ajutorul atât de preţios al organelor administrative locale.

Iată deci un prim rezultat al Campaniei sanitare: Recoltarea unui material informativ preţios, necesar pentru orice acţiune bine întemeiată.

Din cei 1.114.421 de locuitori din comunele cercetate de echipele sanitare, au fost vizitaţi din punct de vedere medical 662.466 de persoane, adică aproape 60% din totalul locuitorilor acestor comune. Starea sanitară a acestui capital uman examinat de medici a fost de asemenea înregistrat în fişele familiare respective.

Din totalul *comunelor* vizitate de echipele sanitare, s'au găsit din punct de vedere al igienei colective şi al salubrităţii publice în stare foarte bună 13,5%; în stare bună 50,5%; în stare mediocră puţin satisfăcătoare 31,6% şi în stare igienică rea 4,4% a comunelor vizitate. *Constatările echipelor sanitare sunt destul de mulţumitoare şi ele denotă că există în sânul comunelor noastre interes şi înţelegere faţă de problemele împreunate cu igiena publică o constatare care ne îndreptăţeşte la speranţe şi perspective dintre cele mai frumoase pentru viitor.*

Din totalul *gospodăriilor* individuale cercetate de echipe s'au găsit în stare igienică bună 57,2%; în stare mediocră 31,5% şi în stare igienică rea 11,3%. Cea mai bună situaţie s'a găsit sub acest raport în judeţele Braşov, Făgăraş, Sibiu şi Târnava Mare, iar cea mai puţin favorabilă în judeţele Alba, Odorhei şi Târnava Mică.

In ceea ce priveşte *casele de locuit*, s'au găsit construite din piatră şi cărămidă 54,7% din total; construite din lemn 38,2%, iar pământ 7,0%. Cele mai multe clădiri solide din piatră şi cărămidă s'au găsit în judeţele Târnava Mare, Sibiu, Braşov şi Făgăraş; cele mai multe case construite din lemn în judeţele Ciuc şi Treiscaune şi cele mai multe case de pământ în judeţul Târnava Mică.

Din gospodăriile vizitate, au fost găsite cu *fântâni* proprii, în condiţiuni igienice bune 41,0%; fântâni rele neigienice în 8,5% şi gospodării fără fântâni proprii în 46,0% a cazurilor.

Cu *latrine* igienice bine întreţinute, s'au găsit 45,1% a gospodăriilor vizitate; cu latrine neigienice 29,4%, iar fără latrine 25,5% din totalul gospodăriilor vizitate.

Cu *platformă sau groapă bună pentru păstrarea gunoiului* au fost găsite 48,0% din gospodăriile vizitate, iar fără platformă corespunzătoare 52%.

Atât, în ceea ce priveşte constatările făcute de echipele sanitare în domeniul igienei şi al salubrităţii publice!

Iată acum câteva cifre referitoare la *starea sanitară* a celor 662,466 de persoane examinate de medici cu ocaziunea Campaniei sanitare.

Din totalul examinaţilor, au fost găsiţi *sănătoşi* din punct de vedere medical 602.875 de persoane, adică 91%, iar *bolnavi* s'au găsit 59.591 persoane, ceea ce ne dă o proporţie de 9,0% din total.

Cazurile de boală constatate, se repartizează pe categorii în felul următor:

Tuberculoză	5.383	de cazuri
Sifilis	5.298	„ „
Cancer	776	„ „
Pelagră	69	„ „
Paludism	507	„ „
Conjunctivită granuloasă . . .	426	„ „
Guşe	10.237	„ „

In total s'au constatat prin examinările medicale făcute în decursul Campaniei sanitare *22,696* de cazuri suferind de diferite boli medico-sociale. Faţă de situaţia anterioară Campaniei sanitare s'au descoperit deci un număr de 5.341 cazuri noi de boli medico-sociale.

In afară de aceasta au mai fost descoperite de echipele sanitare 2.281 de cazuri suferind de diferite *boli infecto-contagioase acute*, un plus deci de 1.733 de cazuri faţă de situaţia anterioară Campaniei sanitare. Observăm că în toate cazurile constatate de boli infecto-contagioase s'au luat pe loc măsurile necesare de combatere

prin izolări la domiciliu, în infirmerii sau spitale; prin desinfectări numeroase şi prin asigurarea tratamentului necesar.

S'au mai constatat, în afară de aceasta 2.228 de cazuri de boli venerice, în afară de sifilis şi 32.386 diferite alte boli ale organelor interne sau externe repartizate astfel:

Boli ale aparatului respirator	6844	cazuri sau	11,6%	din totalul bolnavilor		
„ „ „ circulator	8626	„ „	14,5%	„	„	„
„ „ „ digestiv .	4959	„ „	8,3%	„	„	„
„ „ „ genito-urinar	1392	„ „	2,3%	„	„	„
„ neuro-psihiatric . . .	600	„ „	1,3%	„	„	„
„ diferite dermatoze . .	1901	„ „	3,2%	„	„	„
Alte boli intercurente . .	8065	„ „	13,3%	„	„	„

Importanţa constatărilor de ordin medical rezidă în faptul că s'a făcut o verificare pe teren a situaţiei arătate în monografiile comunale şi s'au descoperit şi înregistrat o serie întreagă de cazuri noi necunoscute înainte. Pentru toate cazurile descoperite s'au luat măsurile posibile de îndreptare, în parte prin tratament medical dat imediat, iar în parte prin internări făcute la spital; prin izolări în spitale şi infirmerii şi prin luarea în evidenţă pentru tratament de durată în cazurile indicate de boli medico-sociale.

Pentru precizarea şi confirmarea diagnosticelor s'au luat în decursul Campaniei sanitare *6456 probe de laborator*, care au fost analizate în Laboratoarele Regionale de igienă din Braşov, Sibiu, Arad şi Cluj, precum şi în Laboratoarele de pe lângă Spitalele din cuprinsul Inspectoratului. Tot în acest scop s'au mai executat şi 6456 reacţii Pirquet pentru depistarea tuberculozei la copii.

Echipa de Roentgen a executat în total 22.153 de examene radiologice, iar prin aparatele fixe dela diferitele Spitale s'au mai făcut încă alte 3277 de examene radiologice, în total deci s'au executat în mediul rural cu ocaziunea Campaniei sanitare 25.430 de examinări radiologice.

Dacă ar fi numai această muncă atât de vastă şi de variată, executată în cele mai grele condiţiuni de teren şi totuşi ea ar justifica pe deplin rosturile şi marea utilitate a Campaniei sanitare organizată de Minister.

Echipele noastre sanitare nu s'au limitat însă numai la constatări şi înregistrări de fapte, fie ele oricât de importante, nici nu s'au mulţumit numai cu executarea unor examinări medicale, ci printr'o acţiune energică şi viguroasă, utilizând şi ajutorul preţios dat cu o largă înţelegere şi bună voinţă de către autorităţile locale, Asociaţia culturală „ASTRA", Fundaţiile Regale, străjerii şi premilitarii, au

reuşit să realizeze chiar pe loc o serie întreagă de lucrări de asanare în domeniul igienic şi al salubrităţii publice. Prin colaborările mai sus arătate s'au putut executa în cele 2 luni de activitate următoarele lucrări:

S'au desfundat şi curăţit şanţuri în lungime de 201 km. şi 276 m.
S'au construit 3475 de latrine noi.
S'au reparat 5862 de latrine vechi neigienice.
S'au văruit din nou 50.293 de case.
S'au reparat 595 de podeţe;
S'au curăţit radical 39.304 de gospodării;
S'au reparat 2089 fântâni publice şi particulare;
S'au mutat 6314 depozite de gunoaie şi
S'au secat 188 bălţi şi diferite alte stagnări de apă neigienice.

In fişele familiare s'au consemnat diferitele propuneri de asanare ale medicilor referitoare la gospodăriile individuale în 89,719 cazuri. O parte a lucrărilor impuse de medici s'au executat la termene prescrise, iar o altă parte sunt în curs de executare.

In afară de aceasta s'au ţinut de medicii echipelor 495 de *conferinţe publice* din domeniul igienii individuale şi a igienii colective.

S'au executat *izolări* pentru boli infecto-contagioase în 2041 de cazuri şi s'au internat în spitale 739 de bolnavi.

S'au executat în afară de aceasta 971 de desinfectări pentru boli contagioase; s'au executat 8773 diferite *injecţii;* s'au prescris *medicamente pe ordonanţe medicale* la 19.934 de bolnavi şi s'au dat *medicamente gratuite* de către echipe în 42.367 de cazuri.

Trenurile-Baie Nr. 10 şi 20 puse la dispoziţia noastră de Minister şi care au lucrat aproape fără întrerupere deplasându-se în 79 de localităţi din cuprinsul Inspectoratului. Au executat 74.967 de *băi individuale;* au *tuns* 4961 de persoane; au *deparazitat* prin petrolizare 3190 de persoane şi au executat în total 4839 *desinfecţiuni la etuvă.*

Credem că este inutil de a mai continua şi cu enumerarea altor date şi cifre; din expunerea de până acum s'a putut convinge oricine de munca uriaşă care s'a depus de medici şi de personalul sanitar auxiliar, precum şi de colaboratorii lor, timp de 2 luni, în cele mai grele condiţiuni de teren. Această muncă, depusă cu devotament şi chiar cu entuziasm de către cei mai mulţi dintre medicii echipelor, onorează în gradul cel mai înalt corpul nostru medical şi sanitar şi ne întăreşte în convingerea că avem la dispoziţie un corp select de tehnicieni sanitari care pe lângă cunoştinţe de

specialitate, dispune şi de spiritul de sacrificiu şi de elanul necesar pentru executarea unei mari opere de redresare a sănătăţii publice din ţara noastră.

Acţiunea întreprinsă de Ministerul Sănătăţii, a fost primită şi apreciată în modul cel mai favorabil de către populaţia satelor, dornică de lumină şi progres, iar colaborările rodnice stabilite între echipele sanitare, autorităţile ad-tive locale, societăţile culturale, organizaţiile de străjeri şi premilitari ne arată că există un spirit de armonie şi o dorinţă de conlucrare, elemente care formează cea mai sigură chezăşie a progresului.

Campania sanitară organizată de Ministerul Sănătăţii, în judeţele din cuprinsul Inspectoratului sanitar Sibiu a atins toate obiectivele fixate atât în ceea ce priveşte documentarea, cât şi în domeniul realizărilor practice imediate. Ea s'a confirmat ca o acţiune necesară şi utilă în cel mai înalt grad şi s'a verificat pe teren ca o metodă nouă cu foarte largi şi variate posibilităţi de realizare într'un domeniu atât de vast şi de dificil cum este problema sănătăţii publice.

Câteva observaţiuni în legătură cu campania antivenerică.

De **Dr. T. Schultz.**

Privite din punctul de vedere al importanţei lor sociale, cele patru maladii venerice prezintă între ele deosebiri fundamentale. Până când şancrul moale şi boala lui Nicolas-Favre, primul prin caracterul său local, prin benignitatea lui, din lipsa consecinţelor, iar a doua din cauza raritătţii ei la noi nu reclamă măsuri speciale, combaterea lor putându-se îngloba în ansamblul măsurilor generale ale campaniei antivenerice, sifilisul şi blenoragia necesită o atenţiune neîntreruptă.

Să examinăm întâiu situaţia actuală a luptei antisifilitice. In aceasta privinţă s'a putut realiza un progres incontestabil. Prin înfiinţarea dispensarelor urbane şi mai târziu rurale s'a putut oferi bolnavilor numeroase posibilităţi noi şi gratuite de tratament. Deşi suntem încă departe de perfecţiune, pe care unele ţări occidentale şi nordice au atins în acest domeniu, totuşi putem spune că situaţia în mediul urban este satisfăcătoare. Intr'un centru, ca Sibiul de ex. există 4—5 instituţiuni, cari fac un tratament specific gratuit şi cari tratează un număr considerabil de bolnavi. Astfel la Dispensarul antiveneric al Ambulatorului Policlinic din Sibiu s'au dat în anii 1934—37, deci în 4 ani 24.864 consultaţiuni pentru sifilis şi s'au administrat în acest timp:

16.893	injecţii de	Neosalvarsan
12.898	„ „	Bismut şi
3.665	„ „	Mercur, deci

Total 33.456 injecţii antisifilitice.

In mediul rural înfiinţarea dispensarelor rurale a însemnat un puternic pas înainte, numărul lor este însă insuficient. Distanţele, pe cari trebue să le facă bolnavii sunt încă prea mari în unele regiuni, cele mai multe nu funcţionează decât de două ori pe săptămână, iată neajunsurile principale.

In orice caz din cele de mai sus se poate constata că statul face eforturi reale pentru combaterea sifilisului. Aceasta este însă numai o latură a problemei. Intr'adevăr orice efort rămâne steril, dacă bolnavii nu apreciază şi nu înţeleg pe deplin rostul sacrificiilor făcute de stat. Aceasta înseamnă în mod practic, că bolnavii trebue să exploateze într'o măsură cât mai largă posibilităţile de tratament, şi trebue să se caute fără întârziere în caz de boală şi trebue să urmeze regulat tratamentul început. Pentru a ne putea da seamă de gradul participării bolnavilor la opera de combatere a sifilisului, am examinat din acest punct de vedere fişele bolnavilor sifilitici din anul 1935. In acest an am avut în tratament 219 sifilitici de toate stadiile; 139 (64%) dintre ei erau originari din oraşul Sibiu, iar restul, 80 (36%) dela ţară. Li-s'au făcut în total 5205 consultaţii, ceea ce înseamnă o cifră medie 23·7 consultaţii pentru fiecare bolnav. Cazurile au fost împărţite în patru categorii: 1. bolnavi cari au urmat un tratament ideal, 2. cei cari au făcut un tratament insuficient adecă un tratament mai neregulat, totuşi suficient pentru a opri evoluţia boalei, 3. tratament insuficient, complet neregulat şi în fine 4. bolnavi, cari au dispărut după 1—2 injecţi, a căror soartă nu ne este deci cunoscută.

Rezultatul acestei mici anchete a fost următorul:

Proveniența bolnavilor	Tratament ideal	Tratament suficient	Tratament insuficient	Soartă necunoscută
Oraş	18%	39%	32%	11%
Judeţ	12%	30%	36%	22%
In general . .	15%	35%	34%	16%

Ceea ce ne izbeşte în primul rând este procentul cu totul redus al bolnavilor, cari au urmat un tratament ideal. Chiar şi bolnavii originari din oraşul Sibiu au fost foarte neglijenţi în aceasta privinţă, nu ne putem mira deci dacă la cei dela ţară acest procent atinge abia 12%. Numărul celor cu un tratament suficient este deja mai mare, astfel încât cele două categorii împreună constitue aproximativ jumătatea bolnavilor; aceştia pot fi consideraţi deci neinfecţioşi şi pe cale de vindecare. Rămâne însă jumătatea cealaltă a bolnavilor, care urmează un tratament insuficient sau abandonează tratamentul după câteva injecţii chiar dacă presupunem, că unii dintre ei au continuat să se trateze în altă parte, acest procent este extrem

de ridicat. In această privinţă este deci foarte mult de făcut. O propagandă igienică sistematică trebue să convingă bolnavii de necesitatea absolută a unui tratament regulat, iar în acelaş timp trebue să se facă tot posibilul ca acest tratament să fie cât mai uşor de urmat. Cu cât bolnavul va trebui să aducă mai puţine sacrificii pentu a-şi trata sifilisul, cu atât procentul celor cu tratament insuficient va fi mic. Este deci absolut necesar multiplicarea posibilităţilor de tratament, astfel ca ele să fie uşor şi repede accesibile pentru fiecare bolnav.

* * *

A doua problemă capitală a campaniei antivenerice este combaterea blenoragiei. Această boală, care prin complicaţiile ei adnexiale cauzează o mare parte a cazurilor de sterilitate, a rămas însă — în unele privinţe — un capitol cam neglijat în programul luptei antivenerice. Intr'adevăr până când în oraşe există numeroase posibilităţi gratuite sau negratuite de tratament, la ţară ele sunt foarte reduse, dacă nu chiar inexistente. Dispensarele rurale n'au instalaţia necesară pentru tratamentul blenoragiei, de altfel ele funcţionează de obicei numai de două ori la săptămână, ocupându-se aproape exclusiv cu tratament antisifilitic. Cabinetele particulare ale medicilor de circumscripţie, precum şi ale rarilor medici particulari în mod practic nu prea pot fi luate în considerare din cauza numărului lor redus, a depărtărilor prea mari, din lipsa instalaţiei necesare, precum şi din cauza situaţiei economice precare a ţărănimei. Activând de patru ani de zile la Ambulatorul policlinic din Sibiu am avut ocazia să studiem de aproape această problemă, care pentru judeţul Sibiu se înfăţişează în modul următor: pentru 89 de comune cu o populaţie de peste 152.000 de suflete există în judeţ 3 dispensare rurale, cari funcţionează de două ori la săptămână, fiind conduse de medicul de circumscripţie respectiv. Ele dau consultaţiuni gratuite, fac în special un tratament antisifilitic, un tratament antiblenoragic efectiv nu se face însă. La fel — cu foarte rare excepţii — nu fac tratament antiblenoragic nici cei 15 medici de circumscripţie şi cei 8 medici particulari stabiliţi în diversele comune ale judeţului Sibiu. Motivele sunt în general lipsa timpului şi lipsa instalaţiei necesare. In astfel de condiţiuni ţăranul este obligat să se caute într'un oraş apropiat, care pentru o mare parte a comunelor — având în vedere căile de comunicaţie — este Sibiul. El va trebui deci ori să se mute la Sibiu pentru câteva săptămâni sau luni, ori să se deplaseze acolo zilnic, sau de 2—3 ori la săptămână pentru

a urma un tratament ambulator. Se înţelege uşor, că ambele soluţiuni comportă greutăţi foarte mari.

Aceasta este situaţia în judeţul Sibiu, dar credem că ea este identică în toate judeţele ţării. Nu ne putem mira deci dacă tratamentul făcut de ţărani este extrem de neregulat şi absolut insuficient în marea majoritate a cazurilor. Pentru a demonstra cele spuse, am întocmit o statistică despre cazurile de blenoragie acută şi cronică, complicată sau necomplicată din anii 1935—37, fiind vorbă exclusiv de bărbaţi originari dela ţară. In aceşti 3 ani ne-au consultat 110 bolnavi, fără excepţie oameni foarte săraci, agricultori, muncitori şi servitori. Din aceşti 110 bolnavi blenoragici 15 (14%) au cerut internarea în spital, 8 persoane (7%) au declarat, că vor urma un tratament particular, iar restul de 87 de bolnavi (79%) au rămas în tratamentul ambulatorului. De altfel aceasta era singura soluţie posibilă, ei fiind complet lipsiţi de mijloace, la domiciliu neputând face nici un tratament medical, iar singurul oraş apropiat fiind Sibiul, situat la o distanţă de 4—40 km. dela comuna lor de origine.

Dintre aceşti 87 de bolnavi:

57	(66%)	au făcut în total	1—5	tratamente la	Ambulator			
16	(18%)	„	„	„	„	6—10	„	„	„
8	(9%)	„	„	„	„	11—20	„	„	„
5	(6%)	„	„	„	„	21—30	„	„	„
1	(1%)	„	„	„	„	54	„	„	„

Oricine, care cunoaşte întru câtva problema tratamentului blenoragiei poate să-şi dea seamă, că în astfel de condiţiuni la cel puţin 80—90% ale bolnavilor vindecarea este imposibilă sau extrem de problematică. Ştim că în unele cazuri rare, supuse unui tratament special şi unei observaţiuni riguroase se poate realiza o vindecare rapidă. Blenoragia trebue să fie însă cu totul recentă, bineînţeles necomplicată, condiţiuni ce n'au putut fi îndeplinite de nici unul din cazurile de mai sus. Ceeace compromite însă şi mai mult efectul tratamentului, este — pe lângă numărul redus al vizitelor — neregularitatea lor. Bolnavii s'au prezentat la tratament în cele mai multe cazuri la intervale mari, de ex. 5 vizite în 2 luni, 9 în 3 luni, 6 în 3 luni, 9 în 8 luni etc. Firește bolnavilor li-s'a prescris şi un tratament la domiciliu cu injectorul lui Neisser; în majoritatea cazurilor ei au rămas însă cu prima reţetă, abia câţiva au solicitat încă una sau două, încât pare exclus, ca acest tratament să fi putut influenţa în mod serios evoluţia boalei, mai ales că în cele mai multe cazuri era vorba de blenoragii totale, complicate. Posibilitatea, ca aceşti bolnavi să fi continuat tratamentul în altă parte, e foarte neverosi-

milă din motivele mai sus enumărate. El reprezintă deci focare continue de infecţie blenoragică cu urmările ei nefaste atât pentru ei, cât şi pentru colectivitate.

Noua chimioterapie a blenoragiei cu Uliron nu s'a putut aplica încă în cazurile de mai sus. De altfel credem, că la această categorie de bolnavi Ulironul deocamdată nu poate fi folosit într'o măsură mai largă. Primul obstacol este preţul relativ ridicat al preparatului, iar al doilea este faptul, că după un tratament cu Uliron se impune un control foarte riguros cu diferite şi numeroase provocaţiuni, urmate de examinări microscopice repetate. Această observaţie minuţioasă este absolut necesară din cauza vindecărilor aparente, cari se produc în unele cazuri în urma aplicări acestui preparat. In mediul rural un astfel de control este însă aproape imposibil de executat.

* * *

Soluţionarea problemelor în legătură cu tratamentul blenoragiei în mediul rural este foarte grea. Trebue să accentuăm dela început, că soluţiunile nu se pot improviza, ci ele trebuesc realizate în mod sistematic în cadrul unui program dinainte stabilit. Acest program are două obiective principale: 1. *ridicarea concepţiei igienice ale satelor* şi 2. *multiplicarea posibilităţilor de tratament.* Cu alte cuvinte în primul rând trebue să tindem să determinăm bolnavii să se caute imediat, la primele semne ale boalei, să urmeze regulat tratamentul, nu până la dispariţia simptoamelor mai grave, ci până la vindecarea completă şi să evite în mod absolut contactele sexuale în timpul tratamentului. Trebue să li-se infiltreze ideea, că oricine, care transmite o boală venerică, este un criminal, la fel cu asasinul, care comite o tentativă de omucidere. In acest scop este necesară o propagandă perseverentă, dusă pe toate căile. In al doilea rând urmează multiplicarea posibilităţilor de tratament, adică sporirea numărului medicilor de circumscripţie şi al dispensarelor rurale, înzestrarea lor cu personalul şi instrumentarul necesar, ameliorarea căilor de comunicaţie şi înlesnirea aşezării medicilor practicieni în mediul rural. Din toate acestea se poate vedea complecitatea problemei şi necesitatea unui program de lungă durată pentru soluţionarea ei.

Există însă o latură a problemei, asupra căreia aş vrea să insist şi care s'ar putea soluţiona rapid şi radical. Fiecare venerolog, care conduce un dispensar sau o secţie de spital a putut — desigur — observa, că în cursul anilor în serviciul lui se formează un fel de clientelă stabilă, care revine mereu şi de care nu poţi să scapi

niciodată. Aceşti pacienţi urmează tratamentul antiblenoragic până la dispariţia durerilor sau în cel mai bun caz până la dispariţia secreţiei, cel antisifilitic până la vindecarea şancrului sau leziunilor secundare, se întorc peste câteva săptămâni cu recidive şi procedează iarăşi la fel. Aceşti indivizi lipsiţi de orice simţ de responsabilitate şi de cele mai elementare noţiuni de igienă provin în cea mai mare parte din lumea interlopă a oraşului, vagabonzi, cerşetori, borfaşi, şomeri voluntari, prostituate clandestine, chelneriţe, servitoare etc., şi populează localurile de mâna a treia a oraşului. Spirocheta şi gonococul — ca să nu vorbim decât de aceştia — găsesc un adăpost sigur la această categorie de oameni. Din acest rezervor imens ei îşi găsesc drumul la toate straturile sociale. Ne am putut convinge de nenumărate ori, că la aceşti indivizi nimic nu poate ajuta, nici sfaturile binevoitoare, nici ameninţările nu-i pot convinge ca să urmeze regulat tratamentul.

Soluţiunile care se impun în mod categoric trebue să aibă în vedere: 1. *Reglementarea localurilor,* care dau adăpost acestor indivizi. Trebue să se interzică în mod definitiv angajarea unui personal feminin în cârciumi şi restaurante, să se supravegheze în modul cel mai sever personalul feminin indispensabil în hoteluri şi să se aplice sancţiuni drastice în caz de contravenţie. 2. *In al doilea rând* trebue să se realizeze cu orice preţ o neutralizare a acestei categorii de indivizi. Oricine care cunoaşte problema, poate confirma ineficacitatea completă a metodelor de persuasiune, ineficacitatea internării în spital, de unde ei caută să scape la prima ocazie şi unde din motive bine cunoscute nici nu poate fi ţinuţi prea mult timp. Singura soluţiune reală ar fi internarea lor forţată în anumite centre special create, unde pe lângă un tratament medical s'ar putea încerca şi o redresare morală a acestor decăzuţi. Crearea acestor centre — credem că n'ar împovăra prea mult bugetul statului; ele s'ar putea susţine cu cheltuieli mici, având în vedere că bolnavii internaţi ar fi aproape fără excepţie oameni tineri, capabili de muncă, care supuşi unui regim corespunzător ar putea contribui foarte mult la cheltuielile de întreţinere ale instituţiei respective.

Suntem şi noi de părere, că măsurile restrictive trebuesc aplicate cu cea mai mare precauţie în campania antivenerică, credem însă că în cazul de faţă nu există niciun motiv de şovăire, fiind vorba de o clasă socială, unde nicio altă metodă nu poate da rezultate şi care reprezintă un pericol continuu pentru societate.

IN HIPERTONIE
ARTERIOSCLEROZĂ
ANGIOSPASME

HYPONITIN Dr. Wander

Drageuri

Bromcalciutheosan
Acidfenietilbarbiturie
Hipotensiv

Rodonat de sodiu
Chinină
Diuretic

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

FABRICĂ DE PRODUSE FARMACEUTICE ŞI DIETETICE
BUCUREŞTI VI. / STR. CAZĂRMEI 89

Antipiretic
Antireumatic
Bactericid

GERMICID Dr. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr.
cu cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru rețeptură

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
BUCUREŞTI VI. STR. CAZĂRMEI 87

Un nou compus injectabil sulfoiodat

Produse atoxice — Injecţiuni indolore

THIO-NAIODINE Logeais

(A) Intramuscular
Toate algiile reumatismale
Toate sindromele dureroase

(B) Intravenos

NAIODINE

(A) Intramuscular
Algii rebele
Acţiune curativă fără reacţiuni.

(B) Intravenos
Nevraxite şi urmările lor
Toate algiile

Modificator circulator total — Modificator de nutriţie

IODAMELIS iodotanin complex

Laboratorul J. LOGEAIS, Issy-Les-Moulineaux, Paris

Exclusivitate generală pentru România: „Drogueria Standard" S. A. R., Bucureşti I. Str. Stt. Ionică 8

Pentru hematopeoză şi accelerarea vindecării

Flacoane originale cu aproximativ 180 g.

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentant: **Dr. I. BINDER.**
Bucureşti II., Str. Luigi Cazzavillan 30.

Săptămâna Medicală Balcanică.

Istanbul 7—14 Septemvrie 1938.

Săptămânile Medicale Balcanice sunt organizate de „Uniunea Medicală Balcanică", organism realizat în 1932 la Bucureşti în urma unui raport prezentat la secţia de politică socială şi higienă a Conferinţei Balcanice.

Primele săptămâni medicale s'au ţinut la: Atena, Belgrad (1933), Bucureşti (1935), iar cea de a patra a avut loc în Octomvrie 1936 la Istanbul.

Cea de a cincea săptămână medicală balcanică s'a ţinut tot în Turcia, deşi cu doi ani înainte aceeaş secţiune organizase în mod strălucit una din cele mai frumoase şi reuşite săptămâni medicale balcanice.

Ce urmăresc aceste manifestări?

Nimeni nu le-a arătat mai bine rostul decât dl Hasan Saka, vice-preşedintele Camerii Deputaţilor şi preşedintele grupului naţional turc la conferinţele balcanice, care în cuvântarea pe care a ţinut-o la şedinţa solemnă dela palatul Yildiz în 1936 spunea: „sunteţi cei mai indicaţi colaboratori pentru a ralia popoarele; solidaritatea balcanică nu poate fi mai bine servită decât de voi medicii, iar cauza civilizaţiei nu poate găsi mai buni făuritori. Medicul este un amic al fiinţei umane şi numai el poate să cunoască şi să depisteze inamicul comun: boala. Congresiştii au de studiat în Balcani cazurile şi suferinţele unor oameni care trăiesc aceeaşi vieaţă şi mor de aceleaşi boli".

Amicii noştri turci înţelegând valoarea reuniunilor noastre, nu numai pentru punerea la punct a problemelor sanitare şi medicale specifice ţărilor noastre, dar mai ales pentru cimentarea legăturilor sufleteşti dintre elitele respective, au dat o mare desvoltare, neobişnuită pentru un congres medical, la toate manifestaţiunile, care făceau parte în cadrul săptămânei.

Congresul a avut loc tot la palatul Yldiz. Acest palat aşezat într'un cadru feeric, departe de sgomotul oraşului, este un cadru ideal pentru conferinţe diplomatice şi congrese.

*

Principala activitate ştiinţifică au fost rapoartele şi discuţia asupra lor privind:

Paludismul şi lupta antipaludică în ţările Balcanice.

Au fost raportori: *Dr. Livadas*, directorul şcoalei de higienă (Grecia); prof. *Zotta* (România); *Dr. Ivanici*, directorul serviciului sanitar în Ministerul Sănătăţii (Jugoslavia); general prof. *Dr. Tevfik Saglam* (Turcia).

Ca urmare a discuţiunilor avute, Consiliul General al Uniunii Medicale Balcanice a adoptat următoarea rezoluţiune:

„Săptămâna Medicală Balcanică constată cu mulţumire după lectura rapoartelor asupra paludismului că în toate ţările noastre guvernele se ocupă de lupta în contra lui cu o energie care arată importanţa pe care o acordă acestui flagel şi ia decisiunea de a face să se studieze mijloacele care vor permite Uniunei Medicale Balcanice de a fi mai folositoare în această luptă".

In acelaş timp a instituit o comisiune formată din raportori, care sub forma unei comisiuni permanente să continue să studieze chestiunea, să rezume publicaţiile asupra paludismului din fiecare ţară balcanică, comunicându-şi-le reciproc.

Din cadrul ştiinţific au mai făcut parte şi 4 conferinţe de câte o oră, câte una de fiecare secţiune naţională;

Prof. Bensis (Grecia): *Amigdalita criptică ignorată şi multiplele sale manifestări clinice.*

Prof. N. Gheorghiu (România): *Schimbările de situaţie ale uterului în gestaţie la termen şi aproape de termen.*

Dr. Nihat Resat (Turcia): *Cum trebue făcut studiul unei ape minerale.*

Prof. Sahovici (Jugoslavia): *Substanţele canceriene; Factori Endogeni.*

Fiecare secţiune naţională a mai făcut şi câte 3 conferinţe scurte de 15 minute. Conferenţiarii secţiunei române au fost:

Agregat Ion Jianu: *Esofagoplastia.*

Docent M. Popescu-Buzău: *Diagnosticul biologic al tuberculozei genitale.*

Dr. Vintilă: *Procedee chirurgicale româneşti în tratamentul prolapsurilor şi deviaţiilor uterine.*

La diferite manifestări şi discuţiuni au mai luat parte şi D-nii: prof. *Nicolae Minovici*, prof. *Stefănescu-Galaţi*, docent *Paşcanu*, *Dr. Nissim*, *Dr. R. Tătaru*, etc.

Consiliul General al Uniunii Medicale Balcanice care este organul director al acestor manifestări s'a întrunit în două rânduri la 10 şi 14 Septemvrie, luând printre altele următoarele deciziuni:

1. A şasea Săptămână Medicală Balcanică, va avea loc la Bucureşti între 7—15 Mai 1940;

2. Raport principal: Lupta în contra bolilor venerice în ţările Balcanice;

3. Se realege preşedinte al Uniunii Medicale Balcanice dl prof. Akil Mukhtar Ozden;

4. Fiecare secţiune naţională va face să apară un număr special într'o revistă madicală naţională. Articolele vor fi scrise în limba franceză. Numerile speciale vor apare la următoarele date:

1 Ianuarie (Turcia); 1 Aprilie (Grecia); 1 Iunie (România); 1 Octomvrie (Jugoslavia);

5. Aprobă o moţiune relativ la umanizarea războiului şi protecţia populaţiei civile, prezentată de prof. Akil Mukhtar Ozden.

La şedinţa de închidere a vorbit dl prof. *Gheorghiu*, preşedintele secţiei române, în numele tuturor participanţilor aducând calde cuvinte de mulţumire preşedintelui Comitetului turc prof. Akil Mukhtar Ozden, prof. Sedat Tavat, secretar general, Dr. Behcet, Dr. Varnali, etc.

Toţi aceştia împreună cu Excelenţa sa Hasan Saka au fost neobosiţi şi au însufleţit o mare cordialitate, ce a domnit tot timpul printre participanţi.

Amintind numai de recepţiile dela Istambul: dineul dela Pera-Palace, dineul dela Park-Hotel, plimbările pe Bosfor şi dineul dela Summer-Palace, etc. nu putem uita sacrificiile materiale şi eforturile făcute de Turcia care a dus toţi participanţii cu un vapor în cursă specială dela Istanbul la Smirna şi înapoi după ce acolo s'a vizitat Efes şi Pergam.

Cele mai înalte autorităţi din Istanbul şi Smirna şi-au făcut o onoare din a primi pe participanţii acestor zile medicale balcanice. Toate acestea pentrucă turcii sunt astăzi cei mai fervenţi adepţi ai păcii şi înţelegerii balcanice.

Pacea pentru popoarele balcanice este o necesitate vitală. Dechile certuri, aproape întotdeauna având la bază nu numai revendicarea naţională ci şi o serie de intrigi ale marilor puteri au făcut ca decenii întregi meleagurile balcanice, în loc de prosperitate economică, culturală, sanitară, etc. să fie ocupate cu lupte, uneori meschine.

Cel mai frumos şi mai mare exemplu l-a dat Turcia, care deşi pierduse cele mai multe şi mai întinse teritorii, prin glasul şefului lor Kemal Ataturk a spus: „vrem să trăim în pace şi armonie cu toţi vecinii noştri".

Avem nevoie de pace pentru a reface drumurile noastre, pentru a reface sănătatea popoarelor noastre, pentru a completa cultura popoarelor noastre, pentru a ne completa civilizaţia noastră într'un cuvânt.

Tuberculoza, Paludismul, etc. sunt ravagii comune Balcanilor, studierea chestiunilor sanitare, epidemiologice şi medicale ale ţărilor noastre şi propunerea soluţiunilor celor mai potrivite, iată unul din scopurile Uniunei Medicale Balcanice.

Dacă la Bucureşti s'a cercetat „Higiena rurală", la Istanbul în 1936 „Staţiunile Balneo-climatice", iar în 1938 „Paludismul" în primăvara anului 1940, se va studia la Bucureşti „Lupta contra bolilor venerice".

Corpul medical român, a cărui pregătire şi reputaţie în Balcani sunt apreciate foarte mult, are o datorie de împlinit: de a secunda efortul guvernelor noastre în domeniul sanitar interbalcanic şi eventual de a le atrage atenţiunea atunci când nu le acordă un suficient interes.

Toate realizările cer eforturi financiare, linişte şi mai ales continuitate de directivă.

Blocul Balcanic cu cât va fi mai sudat, cu atât îşi va impune voinţa lui de linişte şi pace; va putea astfel să recâştige şi reconstituiască ceea ce certurile dinainte au împiedicat să se realizeze.

M. Popescu-Buzeu: **Cura hidrominerală în infecţiunile aparatului urinar.** Tipografia „Imprimeria" 60 pagini, un exemplar 100 Lei. Editura Revistei de Urologie, 14. Puţu cu Plopi, Bucureşti II.

In primul capitol *consacrat consideraţiunilor generale asupra infecţiunilor urinare.* A., se ocupă de flora infecţiunilor aparatului urinar, de corelaţiunile existente între această floră, localizarea topografică a leziunilor şi gravitatea clinică şi de legătură dintre urinar, terapeutica hidrominerală şi flora microbiană.

In capitolul următor se fac *consideraţiuni generale asupra terapeuticei hidrominerale.* După ce se trece în revistă circuitul apei în organism se insistă asupra mecanismului acţiunii curei de diureză, cură care este indicată în infecţiunile urinare. Crede că acţiunea diuretică a apelor minerale oligometalice este datorită unei duble cauze: apă + uree, provenind probabil dintr'o stimulare a funcţiunei ureo-poetice a ficatului. In ce priveşte acţiunea apelor minerale asupra căilor urinare se recunoaşte: 1. o acţiune de spălare; 2. o acţiune asupra sistemului excretor pielo-ureteral; 3. efecte antimicrobiene; 4. efecte trofice.

Capitolul următor tratează: *cura de diureză în practică.* Arată cum se face cercetarea bolnavului, insistând asupra studiului eliminării apei printr'o probă de eliminare, preferabil Violle şi arată că pentru cura de diureză în infecţiunile urinare, unde avem nevoie de o eliminare cât mai bună a apei, pentru a ne da o spălare cât mai intensă a organelor de excreţie, indiciile probei Violle sunt capitale. Cum se prescrie cura: 1. cantitatea de apă de băut; 2. timpul în care trebue băută apa. 3. poziţia în care trebue băută apa şi 4. temperatura la care trebue băuta apa, depind aproape exclusiv de cercetarea eliminării provocate a apei, pe care o facem chiar cu izvorul diuretic ce-l întrebuinţăm.

Se trece apoi la *indicaţiile şi contraindicaţiile tratamentului hidromineral în infecţiunile aparatului urinar,* cercetându-se fiecare infecţiune în raport cu faza ei şi cu izvoarele minerale indicate în raport cu această fază; în capitolul *terapeutica hidrominerală în infecţiunile urinare asociate cu alte afecţiuni* se trec în revistă afecţiunile hepatice, intestinale, ginecologice şi reumatice, arătându-se cum se prescrie cura mixtă, adecă izvoarele hipotonice-diuretice cu cele iso sau hipertonice.

La *tratamente adjuvante* se arată rolul tratamentului local, al antisepticelor, mai ales al antisepticelor acidifiante, al regimului şi al balneaţiei. Ultimul capitol tratează importanţa *factorului psihic* în terapeutica hidrominerală, iar la sfârşit este anexat un *tablou* cu principalele izvoare minerale diuretice din România.

Este o carte folositoare nu numai urologilor ci tuturor medicilor ce se ocupă de hidrologie şi chiar şi practicienilor pentru a indica cu mai mult folos staţiunile necesare bolnavilor.

Walther Ripperger: **Grundlagen zur praktischen Pflanzenheilkunde.** Editura: Hippokrates-Werlag, Marquardt & Cie. Stuttgart S. Mörikestr. 9. In România: *Librăria medicală H. Welther, Sibiu, str. Reg. Maria 28.* Preţul broşat Lei 567; legat Lei 630. (Reducerea de 25% pentru România este scăzută).

Tratamentul maladiilor prin plante a fost unul dintre cele mai importante capitole ale medicinei, — totuşi această parte a fost studiată — afară de puţine excepţii de autori cari nu au fost medici. Farmaciştii sau ocupat mai mult în cărţile de recete, unde, în ce formă şi în ce dosaj să fie întrebuinţată o plantă cu efecte vindecătoare.

Autorul în cartea de faţă consacră o parte, pentru date din istoria medicinei îndeosebi acea a plantelor medicinale şi justifică avantajele întrebuinţării acestor droguri. In partea specială a cărţii plantele puse în slujba medicinei sunt descrise şi clasificate în raport cu indicaţiile şi efectele terapeutice.

Autorul şi-a propus în această carte să aducă un real folos medicului practician, ceeace a şi reuşit căci citind-o şi studiind-o ne îmbogăţeşte mult noţiunile noastre terapeutice.

Cartea cuprinde 370 pagini este scrisă într'un stil clar şi documentat, ceeace ne face să o recomandăm cetitorilor revistei.

Dr. I. Matinca.

Note de terapeutică.

Stoicescu M. Matei: **Stovarsolterapia în paralizia generală.** Teză, Bucureşti 1938.

Lucrările lui Fourneau au arătat, contrar concluziilor exprimate de Ehrlich, că arsenicul pentavalent este activ contra protozooselor. Aceste lucrări au dat naştere Stovarsolului, care e acidul acetil-oxiamino-fenilarsinic.

Introducerea Stovarsolului Sodic, sare de sodiu a Stovarsolului în tratamentul paraliziei generale de către Sézary şi Barbé a însemnat un progres real în terapeutica acestei afecţiuni.

In Spitalul Central de Boli Mintale şi Nervoase din Bucureşti, Doctorul Stoicescu a aplicat stovarsolterapia în paralizia generală cu rezultate bune:

a) când malarioterapia era contra-indicată şi când bolnavul a prezentat o imunitate la malarie;

b) ca tratament complementar al malarioterapiei şi ca tratament ulterior al paraliziei generale tratate prin malariaterapie.

In cele 30 de cazuri studiate şi urmărite nu s'a notat nici un accident imputabil Stovarsolului. S'au obţinut remisiuni complete şi ameliorări prelungite în marea majoritate a cazurilor.

Charles Richet: **Piretoterapia în artritele gonococice.** Paris Médical Nr. 49, 4 Decembrie 1937.

In tratamentul artritelor gonococice se poate întrebuinţa hipertermia pasivă provocată prin procedee fizice de încălzire sau hipertermia activă realizată prin injecţii de corpi microbieni sau de substanţe chimice.

Autorul preferă piretoterapia activă prin Dmelcos (vaccin strepto-bacilar). Administrează 6 sau 7 injecţii, şi anume 2 la 3 injecţii pe săptămână, în doze crescânde, începând cu 225 milioane germeni, apoi 450 milioane, 625 milioane, etc.

Rezultatele sunt remarcabile. La 22 de cazuri de artrită gonococică astfel tratate a putut raporta: 12 vindecări complete obţinute în mai puţin de 3 săptămâni; 5 ameliorări importante cari au evoluat însă mai încet spre vindecare; 3 ameliorări uşoare şi 2 cazuri în cari tratamentul a rămas fără rezultat.

Formele cari se vindecă cel mai rapid sunt artritele membrelor şi marilor articulaţiuni, artritele mânei şi a degetelor par a fi mai rezistente.

Cele mai frumoase rezultate au fost obţinute în artritele acute.

P. Armand-Delille, Ch. Lestocquoy, J. P. Paillas şi *R. Tiffeneau:* **Seroterapia şi noile elemente în tratamentul meningitelor cerebrospinale. Chimioterapie.** Annales Médico-Chirurgicales, Tome III, Nr. 3, Martie 1938.

Tratamentul meningitelor cerebro-spinale prin ser specific a dat rezultate incontestabile. Serurile monovalente au o acţiune mult mai eficace decât serurile polivalente.

S'au înregistrat însă dela 1918 încoace numeroase eşecuri ale seroterapiei imputabile vârstei bolnavilor (sugari) şi rasei meningococului în cauză (meningococ B). Cauzele acestor insuccese rămân deseori necunoscute.

Chimioterapia prin corpul 1162 F. (Septoplix) a dat rezultate foarte frumoase, cele mai remarcabile observându-se chiar la sugari.

Inconvenientele sau accidentele cari pot surveni în cursul tratamentului chimioterapic nu pot fi opuse marelui interes pe care-l prezintă acest nou tratament într'o maladie atât de temută.

Seroterapia şi chimioterapia nu sunt însă nici una şi nici alta infailibile. Pare deci util să le asociem în toate cazurile de meningită cerebro-spinală.

J. Schmidt: Backi-Jarak—Jugoslav.: **O contribuţiune la tratamentul cu Prontosil al bolilor septice.** Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 52, pag. 2122.

Schmidt a utilizat Prontosilul în diferite afecţiuni septice. 2 bolnave cu avort septic, frisoane şi febră de 40,2—40,6° au primit mai întâi 10 cmc. Prontosil intramuscular, apoi 3 zile câte 5 cmc. şi concomitent câte 4 tablete pe zi. După a 2-a zi de tratament temperatura a scăzut şi a rămas normală. N'au mai survenit frisoane. O fată de 15 ani, prezintă 8 zile după un mic traumatism al pavilionului urechei,

frisoane şi temperaturi peste 40°; pavilionul şi jumătatea dreaptă a feţei prezintă o tumefacţie edematoasă şi durere; se desvoltă un erisipel. Pe lângă alifie cu ichtiol şi comprese cu Burow bolnava primeşte 4 tablete Prontosil pe zi. După 3 zile temperatura a fost normală. Erisipelul a mai cuprins puţin jumătatea stângă a feţei, dar fără temperatură şi a fost ameliorat complect după 3 zile. Schmidt nu a observat cu nicio altă metodă de tratament o dispariţie aşa de rapidă a unui erisipel grav. In amigdalită foliculară cu febră foarte mare la 3 bolnavi. Prontosil a adus o vindecare rapidă.

La un pacient, care de 6 săptămâni a suferit de febră tifoidă, intervine o turnură favorabilă în a 3-a zi de tratament cu Prontosil (4 tablete pe zi), pulsul devine mai regulat şi mai puternic, starea generală se ameliorează considerabil, reapare pofta de mâncare. Un copil de 7 ani suferind de 4 săptămâni de febră tifoidă şi paratifoidă B cu frisoane zilnice uşoare, cu temperaturi de 38--39°, dealtfel afebril, a fost vindecat cu Prontosil de 4 ori 1/2 tabletă pe zi. La un agricultor de 34 ani cu starea generală rea, bolnav de febră tifoidă, survin a treia zi de temperaturi subfebrile, deliruri, agitaţie, sensoriu foarte turburat, pulsul aproape nenumărabil, dispnee şi astm. Cardiacele, strophantina şi glucoza eşuiază; 10 cmc. Prontosil-solubil intramuscular în prima zi şi ziua următoare 5 cmc. înlătură fenomenele ameninţătoare, mai târziu s'au administrat 4 tablete Prontosil pe zi. Decursul ulterior al bolii (6 săptămâni) a fost normal. Prontosil pare a fi utilizabil cu succes mai ales în aşa numitele afecţiuni tifoide toxice.

O. Scheurer, Clinica medicală, München: Experienţele noastre cu Prontosil. Med. Klin. Nr. 22, pag. 739.

Scheurer tratase cu Prontosil numeroşi bolnavi de erisipel, angine, alţii cu pneumonie streptococică, poliartrită acută şi cronică, endocardită septică şi scarlatină. In erisipel a surprins căderea temperaturii chiar după prima injecţie şi după de 3 ori 1 tabletă. In 1—2 zile, bolnavii, a căror temperatură ajunsese la 41°, s'au defebrizat aproape întotdeauna. Fenomenele locale nu s'au mai întins aproape niciodată, după ce tratamentul a început. Anginele purulente au fost tratate aproape exclusiv pe cale bucală cu Prontosil de 3 ori pe zi câte 1 tabletă. Temperatura scăzu în mod regulat, în 4—48 ore, cu diminuarea depozitului, a edemului şi a congestiei. Mai ales în angina septică gravă, e indicat neapărat tratamentul cu Prontosil. In pneumoniile streptococice, în cari terapia obişnuită n'a reuşit, Prontosil-ul a adus o defervescenţă rapidă şi o ameliorare a simptomelor pulmonare ca şi în bronchopneumonie. Pe când Prontosil-ul a adus o ameliorare şi în cele din urmă vindecare chiar la o femeie cu endocardită septică şi infarcte pulmonare, a eşuat la diferiţi bolnavi de septicemie streptococică. Intr'un caz de scarlatină, angina scarlatinoasă a dispărut complect după 2 zile de injecţii cu Prontosil, deasemenea şi exantemul foarte pronunţat a pălit în scurt timp. Foarte bune au fost adeseori rezultatele în poliartrita acută recentă; din contră, afecţiunile articulare cronice nu sunt indicate pentru tratamentul cu Prontosil. Scheurer a dat de 3 ori pe zi câte două tablete de Prontosil şi de două ori câte 5 cem. Prontosil solubil, parenteral. In iritaţii stomacale tabletele se dau cu supă de bulion. Dacă bolnavul nu are febră de 2—3 zile, Scheurer mai dă câte două tablete de 3 ori pe zi, 4—8 zile în şir. Nici la administrare îndelungată de Prontosil (în total 40—50 gr.) nu s'au observat efecte neplăcute. Administrarea bucală a provocat la mai mulţi pacienţi vomismente. In asemenea cazuri e suficient de 1—3 ori pe zi 5 cem. soluţie de Prontosil de 2,5%, pe cale parenterală. Funcţiunile rinichilor nu sunt deranjate prin Prontosil. Urina se colorează după scurtă vreme în roşu, la aplicare bucală.

H. Wendt, Clinica I. Med. a Univ. din München: **Cure de îngrăşare cu vitamina A (Vogan).** Münch. med. Wschr. 1936 Nr. 20, pag. 808.

In boala lui Basedow Vitamina A poate desfăşura proprietăţi antitiroidiene. Prin administrarea unor mari cantităţi de vitamină A (Vogan) se poate obţine la bolnavi de Basedow o creştere importantă a greutăţii şi o scădere a metabolismului bazal până la normal resp. până la valori aproximativ normale. Aceste creşteri ale greutăţii după administrarea de Vogan în Basedow au determinat de a-l încerca în cazurile în care din cauza unei emaciaţiuni generale o creştere în greutate era de dorit. Astfel au fost tratate 11 bolnave care erau sub limita greutăţii normale, fără a prezenta însă o emaciere propriu zisă, cu doze mari de Vogan de 3×30 picături pe zi. Tratamentul cu Vogan s'a extins pe o durată de 4—8 săptămâni. Una dintre bolnave prezenta o tuberculoză pulmonară la stânga care fusese tratată de mai multe luni prin pneumotorax artificial, celelalte nu prezentau în timpul tratamentului niciun fel de simptome patologice. Intre timp *Falta* a prezentat în Societatea medicilor din Viena o bolnavă cu emaciere constituţională care după tratamentul cu Vogan de 3×30 picături pe zi a câştigat în greutate în mod apreciabil. La cele 11 bolnave tratamentul cu Dogan a rămas în 2 cazuri fără rezultat. La celelalte 9 femei însă s'a putut nota o creştere bună a greutăţii. Cea mai mare creştere a greutăţii de 5,50 kg. după un tratament de aproape 8 săptămâni s'a obţinut la o pacientă de 35 ani care fusese tratată mai multe luni în diferite spitale pentru numeroase turburări nervoase şi neurastenice şi care în ultimul timp a pierdut acasă mai multe kg. din greutate. La celelalte bolnave s'au obţinut creşteri în greutate dela 2,50 kg. până la 5 kg. în 4—6 săptămâni observându-se creşteri săptămânale de 1 kg. Una din bolnave a făcut înainte o cură de insulină fără a obţine rezultate. Pentru explicarea acţiunii Vogan-ului, amintim că vitamina A, exercită o influenţă importantă asupra metabolismului grăsimilor şi că sunt o serie de indicii după care vitamina A limitează arderea grăsimilor. Există apoi corelaţiuni importante între vitamina A şi metabolismul hidrocarbonatelor. După experienţele lui Wendt tratamentul cu Dogan poate fi recomandat pentru cura de îngrăşare.

Despre tratamentul furunculozei cu vitamina A. W. Baetzner, Clinica chirurgicală a spitalului Robert Koch, Berlin Zbl. Chir. 1937, Nr. 6, S. 322.

Incă în 1935, *Baetzner* a făcut o comunicare la societatea de chirurgie din Berlin, asupra efectului impresionant al unguentelor de Dogan în tumori. Intre altele, o tumoare profundă extrem de rebelă pe decubit a putut fi vindecată prin îngerare de Vogan în formă de picături şi prin picurare pe plagă, iar mai târziu prin alifie de Dogan (1%) în timp de câteva săptămâni. Inainte cu 2 ani, Vogan a fost încercat pentru prima oară şi într'o furunculoză rebelă. După ce bolnavul primise câteva zile deardndul 1—2 ori pe zi câte o picătură de Dogan în soluţie uleioasă, regiunile purulente au început să se usuce; furunculi noi nu au mai apărut. Bazat pe această experienţă, s'au tratat apoi furunculi la sportivi în acelaş fel, obţinându-se aceleaşi rezultate favorabile Recent, a putut fi vindecat un furuncul grav al ceafii şi un carbuncul întins al gambei, la care tratamentul chirurgical şi pansamentele cu alifie de Unguentolan au eşuat, prin administrare de Vogan, a fost vindecat în puţine zile fără recidivă.

După Hübel (Fortschr. Ther. 1935, H. 2) se pot vindeca în puţine zile exemele cele mai grave şi de cea mai variată natură prin câte 3—8 picături de Vogan de 2 ori pe zi la copii cu debilitate generală. Pillat (Merks Jb. 1935) a observat în China modificări cutanate sub forma unei piei aride caracteristice, numeroase comedoane şi abcese, regresând după administrare abundentă de untură de peşte

sau Vogan. In ceeace priveşte dozarea, Baetzner, care a tratat cu Vogan furunculoza în toate stadiile, are impresia că numai dozele mici au un efect suficient.

Prontosil în infecţiunile căilor urinare. *Unshelm*, Clinica infantilă Rostock, Archf. Kinderheilkunde 1936. Vol 109 T. 2.

Pentru tratamentul cu Prontosil al piuriei infantile se recomandă următorul procedeu: Sugari 1½—3 tablete pe zi, copii mici 2—3, copii de şcoală 4, copii la sfârşitul vârstei şcolare 5—6 tablete Prontosil. După o săptămână se face primul control al urinei, după 14 zile al doilea. De cele mai multe ori nu se mai constată elemente patalogice. Medicamentul încetează a fi dat, făcându-se câteva zile după aceasta un al treilea control, pe cât posibil prin cultură. Dacă nici după 14 zile nu se instalează vindecarea se va face examenul urologic în direcţiunea litiazei, malformaţiunilor sau tuberculozei. In cazul unui rezultat negativ al acestor cercetări, se va continua tratamentul cu Prontosil.

Nonnenbruch (Prager med. Ztschr.) 1936 Nr. 5.

Se examinează o pacientă cu pionefroză bilaterală şi cu calcule, precum şi cu basinetul renal foarte dilatat, infectat cu streptococi, care în urma tratamentului cu Prontosil prezintă o urină clară şi sterilă. Pielocistita stafilococică se deosebeşte prin caracterul ei hemoragic. Diagnosticul ei este favorabil. Tratament: lavaje, Prontosil şi autovaccine.

Pernice. Clinica infantilă Marburg (Kinderarztliche Praxis 1936 Nr. 7).

1. Prontosilul s'a întrebuinţat în piuria copiilor în 18 cazuri.

2. Dozarea pentru sugari este de 3 ori 0,10 per os pe zi. Poate fi administrat intramuscular şi pe cale rectală.

3. Vindecar a piuriei s'a instalat după 4—11 zile, un copil a fost concediat înainte de vindecarea sa completă.

4. Pentru a evita recidive Prontosilul trebue dat încă ca. 8 zile după normalizarea tabloului urinar.

5. Toleranţa este bună şi la sugarii mai tineri. Medicamentul a fost luat fără rezistenţă deosebită din partea copiilor, atunci când s'a administrat cu pricepere.

Invernizii, Bergamo. (Progr. Ter. 1936, Nr. 11/12).

La 3 pacienţi în vârstă de 38, 50 şi 53 ani cu piurie intensă, polakiurie pronunţată, febră, dureri în parte tenesme vezicale, cistită, pielită, calculi etc. Febra a fost înlăturată în parte şi din când în când prin diferite antiseptice urinare şi prin autovaccine, piuria a fost numai redusă iar recidivele nu au fost împiedecate. Prontosilul administrat ulterior per os (fără a avea speranţe mari) a făcut ca urina să devie limpede într'un timp foarte scurt, febra şi celelalte simptome au fost înlăturate iar starea generală şi forţele fizice au revenit la normal Un rezultat splendid a obţinut autorul prin Prontosil într'o pielocistită cu streptococi şi stafilococi ca şi cu bacili coli la un copil de 2 ani, după ce alte medicamente n'au putut să înlăture complect febra şi piuria deşi au produs o ameliorare apreciabilă. Prontosil-ul per os a clarificat foarte repede urina şi a înlăturat febra. Apoi Prontosil-ul s'a dovedit a fi activ la influenţarea piuriei în strictura cronică a uretrei prin hipertrofia prostatei şi cistită cronică la un bărbat de 66 ani, la care o intervenţie chirurgicală a fost contraindicată. Efectul Prontosilului asupra piuriei, diurezei şi stării generale era atât de bun, încât bolnavul ar renunţa la Prontosil numai pentru scurtă vreme.

H. Hornung, Instit. igienă Freiburg i. Br.: **Zephirol, un nou desinfectant**. Dtsch. med. Wschr. 1936, Nr. 25, pag. 1006.

Cu Zephirol, un amestec de molecule grele de clorure de alcoil-dimetilbenzilamoniu, diferiţi cercetători au făcut experienţe atât în vitro, cât şi în practică, independent unul de altul, constatând o acţiune deosebit de intensă faţă de formele bacteriene vegetative. Sunt de o sensibilitate specială stafilococii şi streptococii,

apoi şi pneumococii, dar şi faţă de bacili Gram-negativi ai grupului tifo-coli, acţiunea Zephirolului este remarcabilă. Bacilii tuberculozei sunt însă foarte rezistenţi faţă de Zephirol. In schimb însă acţionează intens faţă de gonococi, bacili difterici, spirochete şi trichomonade. Acţiunea contra sporilor este şi ea mai intensă, decât la mojoritatea celorlalte desinfectante curente. Adaosul de albumină reduce puterea de acţiune a Zephiroului, dar nu o anihilează. Zephirol rămâne superior. După încercările lui Hornung, Zephirol acţionează mai bine ca sublimatul, soluţia de săpun-crezol, Liq. Form. sapon., fenol şi altele. Stafilococii de ex., după o acţiune de 2½% minute o soluţie de Zephirol de 0,2% nu se mai înmulţesc, pe când pentru a obţine acelaş rezultat cu sublimatul, e nevoie de o soluţie de 0,3%, la fenol 1,9%, la Liq. Sapon o soluţie de peste 30%. Şi în practică, experienţele de desinfecţie a mâinilor confirmă puterea intens desinfectată a Zephirolului. Prin adaos de săpun puterea desinfectantă a Zephirolului se reduce, astfel încât se recomandă de a clăti bine mâinile după spălarea lor cu săpun. Influenţa nefavorabilă a săpunului nu este însă însemnată.

In terapie Zephirol e indicat în leucoreea cu trichomonas, pentru lavaje vezicale (1/4—1/2%) spălături ale plăgilor (1/2%—1%), la înlocuirea tincturei de iod în desinfecţia câmpului operator în furunculi (badijonări cu soluţie concentrată), după observaţiunile proprii ale lui Hornung. S'a întrebuinţat cu succes şi pentru badijonarea eroziunilor porţiunei vaginale a uterului precum şi în abcesele mamare (10%) în cavitatea abcesului. Intrucât Zephirolul este inofensiv, se poate utiliza şi sub formă de soluţiuni concentrate pentru desinfecţia rapidă a mâinilor în caz de intervenţiuni urgente. In mod obişnuit soluţia de 1% va fi suficientă pentru desinfecţie. Zephirol fiind inodor, este superior fenolilor şi din acest punct de vedere, poate înlocui alcoolul de 60% şi chiar sublimatul.

H. Horster. Clinica med. şi neurol. a Universităţii Würzburg: **Tratamentul eficace al colitei ulceroase cu Torantil.** Arch. f. Verdauungskrankheitem 1936. Tom. 59. Nr. 6, pag. 301.

La o pacientă bolnavă de colită ulceroasă s'a putut obţine un efect surprinzător de favorabil prin provocarea unui şoc anafilactic. La un alt bolnav (Noemvrie 1933) un tratament asemănător nu a dat rezultate, din care cauză s'a încercat preparatul inofensiv Torantil. Bolnavul, în vârstă de 24 ani, primi pe săptămână de de 2 ori 2 ccm. Torantil intramuscular, apoi la 2 zile câte 2 ccm. Numărul scaunelor a scăzut rapid şi au devenit mai solide. După 3 săptămâni nu s'au mai putut constata la rectoscopie procese inflamatorii. Mai târziu când pacientul se afla acasă, se ivirâ din nou scaune muco-sanguinolente, încât după 10 zile era nevoie a se continua tratamentul cu Torantil. După 2—3 săptămâni scaunele erau formate. Pacientul a mai fost examinat ulterior cu diferite metode. In Ianuarie 1935 cântărea 80,5 kg. De asemenea la o femee de 28 ani, cu o colită ulceroasă gravă ce data de un an, având zilnic 8 scaune muco-sanguinolente, s'a reuşit a se înlătura afecţiunea printr'un tratament cu Torantil, în decurs de 2 luni. Apoi s'a ameliorat starea generală a unui bolnav în vârstă de 20 de ani cu o enterită insectigenă având 8—10 scaune muco-sanguinolente pe zi, prin 10 injecţii de Torantil. Greutatea corporală a crescut, dar scaunele au rămas încă muco-sanguinolente. O cură de îngrăşare cu insulină, a transfuzie de sânge de 500 ccm. şi 9 injecţii cu Torantil au avut ca rezultat ameliorarea evidentă a scaunului. La alţi 4 bolnavi de colită ulceroasă terapia cu Torontil a dat rezultate la fel de satisfăcătoare.

Horster propune de a se trata bolnavii de colită ulceroasă la început cu ca. 10—12 injecţii de Torantil (la 2 zile 2 ccm.) Eventual va trebui să se repete această cură. La aceasta el adaogă zilnic de 3—2 drageuri de Torantil. Dacă anemia

BIBLIOTECA CENTRALĂ

BIOTONICUM provoacă din cauza gustului său plăcut şi a toleranţei sale extraordinare un sentiment de satisfacţie. Crează prin aceasta un precedent important, o atmosferă de mare încredere faţă de medic. Bolnavul stă total sub influenţa medicului şi a metodelor sale de vindecare.

BIOTONICUM aduce şi în balneotherapie servicii preţioase. Prescris ca adjuvant, Biotonicum garantează şi asigură adesea succesul decisiv al factorilor vindecanţi ai băii luminii şi aerului. Şi în electro-helio- şi hidroterapie realizează mai mult, decât s'ar putea aştepta în virtutea compoziţiei sale.

BIOTONICUM datoreşte proprietăţile sale recunoscute atât alegerii ideale a componenţilor săi în forma cea mai eficace şi cea mai gustoasă, cât şi a principiului soluţiunilor optimale. Conţine arsen, mangan, fer şi fosfor în cântităţi delimitate reciproc.

BIOTONICUM este un mijloc ideal pentru toate acele multe cazuri dubioase, în care nu se prezintă nicio suferinţă organică. Prin urmare în toate cazurile, până când medicul poate face un diagnostic clar şi poate introduce un tratament special.

BIOTONICUM

ROBORANT - TONIC - STOMACHIC

este o **soluție coloidală** de **fier** și **mangan** cu gust agreabil combinat cu **fosfor** și **arsen** în forma **cea mai activă.**

Prețul de vânzare: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 100·—**

Modul de acțiune: Formarea **ferului** și **manganului redus** — **în statu nascendi** — adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă.** Din cauza aceasta este de un efect inevitabil și de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă.**

Biotonicum prezintă deci, mijlocul suveran pentru tratarea **stărilor anemice și urmările lor.**

Având în vedere conținutul de **fosfor** și **arsen** în forma numită în afară de aceste

mai e indicat:

la **boale nervoase,** în **neurastenie,** în **astenie** și **surmenaj general,** în **convalescență,** în **tuberculoză generală** și **pulmonară,** în **limfatismul copiilor,** în **rachitism,** în **boalele tubului digestiv** și a le **nutriției, eczemele cronice** etc.
In **ginecologie** s'a incercat cu efect extraordinar Biotonicum ca hemostat la hemoragii **post partum, post abortum** (în fiecare 1/4 de ora una lingură fără arsen!).

Din cauza gustului și toleranței bune, e un preparat de primul rang cu **efect sugestiv și un stimulent de indreptare.**

Dozare: De 3 ori la zi câte o lingură la adulți sau o linguriță la copii după mese. Se recomandă după o cură de două săptămâni intercalarea unei pauze de 7 zile și o continuare a curei prin alte 2 săptămâni.

Se află în toate farmaciile!

Desfacerea produsului: Laborator de produse farmaceutice ALESI OSCAR în Sebeș-Alba.

nu cedează, deşi starea intestinală este ameliorată, trebue să se facă o transfuzie de 500—800 cem. sânge. Numai dacă acest tratament eşuează, s'ar putea face o încercare cu provocarea unei reacţiuni anafilactice (după Kalk). Intervenţii operative, precum ar fi anus contra naturii, ar fi atunci aproape de prisos.

St. Molnar, Clinica I. medicală a Univ. Budapesta: Tratamentul cu vitamine B în afecţiuni neurologice. Klin. Wschr. 1937, No. 29, pag 1022.

Molnar obţine succese sau ameliorări considerabile cu Betaxin (Vitamina B_1) la următorii 10 bolnavi cu afecţiuni ale nervilor în cea mai mare parte neinfluenţabile sau insuficient influenţabile prin metodele terapeutice de până acum.

1. Polinevrită (infecţioasă?) la o femeie de 46 ani vindecată după 16 injecţiuni de Betaxin.

2. Polinevrita după tifoidă la o pacientă de 44 ani; se ameliorează după 15 injecţiuni de Betaxin.

3. Nevrita medianului la un pacient de 28 ani; se ameliorează abia după 11 şi se vindecă după 14 injecţiuni Betaxin.

4. Nevrita femorală la un bărbat de 67 ani; după a 7-a doză de Betaxin, vindecare.

5. Nevrita nervilor axilari şi a nervilor cutanaţi laterali şi mediani la o pacientă de 37 ani. Se restabileşte după 10 injecţiuni de Betaxin.

6. Herpes zoster la un bărbat de 65 ani; după a 4-a injecţiune toate turburările au dispărut.

7. Radiculită la un bărbat de 52 ani; ameliorare considerabilă după 7 injecţiuni de Betaxin.

8. Scleroză laterală amiotrofică la o pacientă de 48 ani. Parapareză spastică a membrelor inferioare. Clonus bilateral al picioarelor, la stânga tendinţă de Babinski-pozitiv. Foiţa musculară foarte scăzută, expresie a feţii rigidă, turburări de deglutiţie. Contracţiunea în flexiune a degetelor, remarcabilă. După 2 injecţiuni de Betaxin, ameliorarea capacităţii de flexiune şi de extensiune, creşterea forţei musculare şi ameliorarea stării generale.

9. Mielită funiculară la un pacient de 55 ani. In urma a 30 cmc. Campolon se iveşte criza reticulocitară şi creşterea hematiilor dela 2.820.000 la 3 300.000. După tratament cu fier creşterea minimală a forţei musculaturii extremităţilor. După 3 injecţiuni Betaxin, pe lângă terapia cu fier, bolnavul poate ridica membrele inferioare întinse până la 70—80° deasupra orizontalei. In a 31-a zi de tratament cu Betaxin pacientul umblă fără baston. Tonusul extremităţilor inferioare este normal, ataxia aproape imperceptibilă. La dreapta Babinski, la stânga tendinţă de Babinski. Hematii 4 180.000, Hb 69%, indice colorimetric 0,84.

10. Nevralgia trigeminului la o pacientă de 51 ani, tratată până acum fără succes, Betaxin produce ameliorare rapidă. In a 16 a zi vindecare completă. După suspendarea injecţiunilor uşoare dureri.

In afară de aceste cazuri au mai fost trataţi câte 1 pacient cu mielită funiculară, encefalită scleroză în plăci şi nevralgie a trigeminului. Starea pacientului cu scleroză în plăci gravă nu s'a ameliorat vizibil, cu excepţia calmării contracţiunilor musculare chinuitoare. La ceilalţi bolnavi acţiunea tratamentului cu Betaxin a fost fără îndoială favorabilă. In fine au mai fost ameliorate în mod considerabil prin Betaxin două paciente, la care tratamentul cu ficat n'a putut înlătura fenomenele mielitei funiculare.

Heimann, Clinica neurol. Viena: Contribuţiuni la tratamentul afecţiunilor neurologice cu vitamine. Klin. Wschr. 1937 Nr. 31, pag. 1076.

Heimann a tratat pe următorii bolnavi cu Betaxin:

1. Pareza braţului (consecutivă unui sarcom), rezultate trecătoare prin Betaxin.

2. Paralizia plexului brachial (după luxaţie), obţine cu Betaxin (30 injecţiuni) o uşoară ameliorare a motilităţii, durerile persistă.

SIBIU

3. Herpes zoster, se vindecă cu Betaxin (24 injecţiuni).

4. Herpes zoster, cu Betaxin, mai întâi analgezie completă, apoi rezultate trecătoare.

5. Herpes zoster, calmarea rapidă a durerilor şi vindecarea cu Betaxin.

6 şi 7. Polinevrită prin intoxicaţie cu Zelio; după Betaxin ameliorare.

8. Nevrită alcoolică a mânii, dermatită neuroparalitică; rezultate excelente după câteva injecţiuni cu Betaxin.

9. Nevrită alcoolică a membrului inferior; ameliorare uşoară după 52 injecţiuni cu Betaxin.

10. Paralizia braţului după intervenţie chirurgicală; 10 injecţiuni de Betaxin produc o ameliorare rapidă.

11. Hemiplegie de partea dreaptă, RWa ±, diabet; 30 de injecţiuni cu Betaxin, ameliorează motilitatea braţului. Glicemia scade dela 235 la 145 mgr. la sută. Glicozuria dela 0,90 la 0,20% fără insulină.

12. Paralizia plexului în diabet şi RWa ±. Insulina înlătură zahărul, în acest caz Betaxin nu a putut înlocui insulina ca la cazul 11. O uşoară ameliorare a motilităţii.

13. Paralizia postdifterică a epiglotei, o uşoară înlăturare a parezei, după 38 injecţiuni Betaxin.

14. Paralizie radială şi mai puţin cubitală după un accident, 44 injecţiuni Betaxin: O uşoară creştere a forţei motrice.

15. Crampe neurotice ale coapsei; mersul turburat; după 8 injecţiuni cu Betaxin o ameliorare vădită, după 21 injecţiuni cu Betaxin o ameliorare vădită, după 21 injecţiuni (se asociază medicamente antigutoase) durerile şi crampele dispar.

16. Herpes, paralizia braţului (după gripă?) uşoară ameliorare după 12 injecţiuni de Betaxin; urmează moartea prin caşexie.

12—20. In sciatică, dureri în plex după ablaţiunea mamelei şi polinevrită pseudotabetică, rezultate bune cu Betaxin.

21—30. Neuromielită, mielită funiculară 8 cazuri de scleroză în plăci, deşi uneori ameliorare tratamentul nu a dat rezultate. La un bolnav de scleroză în plăci care a stat 14 luni în pat, 25 de injecţiuni cu Betaxin, îl ameliorează, aşa încât bolnavul putea să meargă sprijinit pe baston. In cazuri recente de scleroză în plăci ar trebui să se încerce Betaxin.

Acţiunea analgezică a Betaxinei se instalează deseori deja după 15 minute de la injecţiune, mai ales în herpes zoster acest efect analgezic a apărut după câteva minute. Betaxin a fost administrat intramuscular şi intravenos, fiind bine tolerat în toate cazurile.

K. Ebermaier, Düsseldorf: Rezultate practice cu preparatul vitaminic Betaxin. Dtsch. med. Wschr, 1937, Nr. 30, pag. 1154.

In nevrite, resp. nevralgii de caracter pur periferic fără participarea reumatismală a musculaturii, Ebermaier a aplicat Betaxin la un total de 10 bolnavi — câte 1 fiolă la 1—2 zile, obţinând rezultate favorabile. Câteva exemple.

1. Femeie de 40 ani cu nevrita nervului cubital, prezentând turburări pronunţate la scrisul pe maşină. Agravarea cu ocazia desfundării unei sticle. Deja după 1 injecţie de Betaxin se observă o ameliorare. Se vindecă după 5 injecţiuni.

2 Bărbat de 49 ani, nevrita lui Braun. Tratamentul galvanic fără rezultat. După 3 injecţiuni Betaxin, ameliorare; turburările sensitive la coapsă se reduc şi dispar complect după 5 injecţiuni.

3. Femeie de 35 ani, suferă de 4½ ani de dureri ale braţului drept consecutive unei răceli. Tratament galvanic, autohemoterapie, raze ultrascurte, fără rezultat. Scrisul la maşină agravează durerile. De oarece 6 injecţiuni de Betaxin nu dau rezultate, cura se întrerupe prematur.

4. Femeie de 39 ani. Parestezii în formă de furnicături în domeniul nervului cubital. Turburări mai ales la spălat şi la storsul rufelor. După a 3-a injecţie de Betaxin ameliorare vizibilă. Turburările reapar după a 6-a injecţiune, însă după a 8-a pacienta nu mai are turburări.

5. Pacientă de 40 ani. In urma unei călătorii cu automobilul dureri supraorbitare stângi, turburări sensitive în nervul supraorbital stâng. 5 injecţiuni de Betaxin, injectate zilnic. După a patra injecţiune dispariţia turburărilor. La un control după 3 săptămâni nu se constată recidivă.

6. Pacientă de 25 ani. De 3 săptămâni dureri sub formă de tracţiune în braţul drept. Punctul lui Erb foarte dureros la presiune. Uşoare turburări sensitive în degetele 3, 5. Aer cald şi diatermie fără rezultate însemnate. După 5 injecţiuni de Betaxin o ameliorare vădită a turburărilor. După alte 2 injecţiuni aproape vindecare. La o examinare de control după 3 săptămâni mai persistă turburările sensitive în degetele 3—5 ca şi pe suprafaţa cubitală a mânii, dar lipseşte orice senzaţie dureroasă.

7. Pacientă de 28 ani. In legătură cu un herpes zoster pe hemitoracele stâng o sensaţie incontinuă de tracţiune după vindecarea herpesului zoster. Turburări sensitive cari se pot constata obiectiv. Turburările dispar după 6 injecţiuni Betaxin administrate de 3 ori pe săptămână.

8. Pacient de 45 ani. Infecţiune sifilitică acum 6 ani. R. Wa în sânge şi în lichidul cefalo-rachidian negativă. Meinecke în sânge, suspect. De 4 ani dureri lancinate în braţul drept, mai ales la cântatul pe vioară. Diatermie. Tratament galvanic, şi cu aer cald nu dau rezultate. 8 injecţiuni de Betaxin rămân fără rezultat. Cura se întrerupe. (Poate indicaţie greşită în privinţa sifilisului.

9. Pacient de 32 ani. De câteva săptămâni dureri în tot membrul superior stâng, mai ales în braţ. Aer încălzit produce o calmare trecătoare, după 6 injecţiuni de Betaxin vindecare completă.

10. Bărbat de 40 ani. In legătură cu o sciatică acută paraestezii chinuitoare pe faţa externă a pulpei. Diatermie şi raze ultrascurte fără efect. După 4 injecţiuni dispariţia progresivă a parestezilor, care după 8 injecţiuni se vindecă complect.

Betaxin a produs un efect, chiar când alte mijloace terapeutice, mai ales fizioterapeutice, au eşuat.

F. Koch, Wiesbaden: Vitamină B_1 în gastroenterită cronică. Deutsch. med. Wschr. 1937, Nr. 30, pag. 1153.

Unele diete gastro-intestinale conţin o cantitate prea mică de vitamină B_1. In urma acestora se ivesc hiperexcitabilităţi nervoase, anorexie şi diarei cronice incoercibile. In cazul când aceste semne de carenţa B_1 lipsesc la o anumită dietă, Koch administrează Betaxin obţinând rezultate bune, după cum arată următoarele 7 cazuri.

1. Femeie de 36 ani suferind de gastroenterită cronică subacidă şi de colecistită, şi prezentând diarei şi dureri colice, inapetenţă şi hiperexcibilitate nervoasă; fermenţii şi adsorbanţii nu dau rezultate. Se administrează 15 injecţiuni de Betaxin. Diareea dispare, apetitul revine, greutatea corporală creşte.

2. Femeie de 44 ani prezintă diarei de 4 săptămâni. Roentgen: gastroptoză. Depresiune psichică. Tratamentul dietetic fără rezultat. 15 injecţiuni de Betaxin au ca efect încetarea diareilor. Starea generală se ameliorează.

3 Bărbat de 37 ani, cu ulcer duodenal cronic. 3 operaţiuni. Constipaţie atonă. Depresiune. Epuizare. Tentativă de sinucidere. După 4 injecţii cu Betaxin starea se ameliorează, iar pacientul continuă să se fortifice. Constipaţia persistă.

4. Bărbat de 41 ani cu gastroenterită cronică. Operaţie de ulcer duodenal. Excesiv de nervos. In timpul dietei starea se agravează. Ameliorare după 15 injecţiuni de Betaxin.

5. Fată de 22 ani cu gastrită cronică subacidă. Constipaţie atonă, enteroptoză, atonie gastrică, depresiune, nervozitate. Lob anterior hipofizar şi dietă fără rezultat. Betaxin produce o ameliorare rapidă.

6. Fată de 29 ani cu gastroenterită cronică hiperacidă, enteroptoză, crampe abdominale, cefalee, nervozitate şi insomnie

de mai multe luni. După 8 injecțiuni de Betaxin pacienta se calmează, turburările gastrice se ameliorează.

7. Domnișoară de 59 ani cu gastroenterită cronică subacidă și colelitiază, constipație atonă, nervozitate extremă și migrenă. Fermenți nu dau rezultate. Câteva injecțiuni de Betaxin produc ameliorarea stării generale.

R. Pongratz. Spitalul orășănesc de copii Augsburg: **Prontosil în meningita epidemică.** Dtsch. med. Wachr. **1937**, Nr. 26, pag. 1015.

Deoarece Prontosil-ul difuzează în lichidul cefalo-rachidian, Pongratz a încercat la 3 copii suferind de meningită epidemică, să sprijine acțiunea injecției endolombare de ser cu doze mari de Prontosil. Cei trei copii s'au vindecat, părăsind spitalul fără complicațiuni.

1. Z. F. Copil de 1¼ ani, se îmbolnăvește subit la 10. 11. 1936 și e internat la 12. 11., cu diagnosticul de tuberculoză miliară. Temperatura 40°. Senzoriul ceva turburat, agilitate scăzută, sensibilitatea tactilă exagerată, Kernig posi'iv, redoarea cefei moderată, pupile egale, reacționează bine. Puncția lombară arată meningococi, Diagnostic: meningită. Tratament 16.11. Ser antimeningococic intralombar și 20 cmc. ser antimeningococic intramuscular. Începând dela 17.11 zilnic 5 cmc. Prontosil intramuscular. Febra scade la 37,2°. Redoarea cefei regresează, sensoriul mai liber. La 20. 11. seara starea generală se agravează, iar redoarea cefei se accentuiază, copilul se vaită mult. Se repetă serul antimeningococic intralombar și intramuscular (20 cmc), în afară de aceasta în cele 5 zile următoare, 5 cmc. Prontosil intramuscular. Apoi dela 17.11. până la 7.12. 3 tablete Prontosil per os zilnic. La 23. 11. 37,3°. Starea generală bună, ceafa liberă. Ameliorare. La 5. 12. 1936 temperatura normală. Ameliorarea și fortificarea continuă să progreseze. La 18. 12. 1936, părăsește spitalul, vindecat.

2. Copil din aceiași casă ca și primul se internează la 14. 11. 1936, (2 zile mai târziu). Puncție lombară: Lichid moderat tulbure, cu tensiunea foarte ridicată. Celule 1236/3 la cmc. mai ales leucocite. Cultură: Meningococi. Tratament: 20 cmc. ser antimeningococic intralombar și intramuscular, 5 cmc. Prontosil intramuscular zilnic și de 3 ori pe zi o tabletă Prontosil per os. La 18. 11. 37°. Sensorial se liberează, redoarea cefei cedează, pofta de mâncare bună. La 22. 11., ameliorarea continuă, redoarea cefei a dispărut, copilul se poate așeza, 15 12. Copilul umbla liber, fără simptome meningitice. Părăsește spitalul vindecat la 18. 12. 1936.

3. M. L. 2 ani. Internat la 16. 11. 1936 pentru meningită, febră ondulantă; sensoriul ușor turburat, redoarea cefei intensă Kerning positiv, 40°.

Puncția lombară: tensiune considerabil mărită. Lichidul foarte turburat, celule 2224/3 domină mai ales leucocite. Cultură: meningococi. Nu se dă ser meningococic, ci numai Prontosil. Timp de 8 zile 5 cmc. Prontosil intramuscular zilnic, apoi timp de 20 zile de 3 ori 1 tabletă pe zi, a 4-a zi 37,4°, a 2-a puncție lombară 19. 11. arată un lichid mult mai limpede, redoarea cefei foarte atenuată. In zilele următoare se menține starea ameliorată, temperatura se menține aproape incontinuu normală, părăsește spitalul vindecat la 12. 12 1936.

E. Mühle, Timișoara: **Comunicare provizorie asupra terapiei cu ficat în hiperemeza gravidelor.** Med. Zschr. 1937, No. 7, pag. 223.

Autorul a putut obține rezultate rapide și sigure cu injecțiuni de Campolon, chiar și în cazurile unde orice alt medicament eșuase. Multe sarcini trebuesc întrerupte din cauza vărsăturilor graviditații, așa încât Mühle — deși experiențele sale nu sunt numeroase — recomandă de urgență terapia prin Campolon. 4 observațiuni demonstrează acțiunea rapidă și favorabilă a terapiei cu ficat în hiperemeza gravidelor:

1. O femeie de 29 ani cu prima sarcină, în a 2-a lună suferea de 2 săptămâni de grețuri, vărsând orice aliment. In timp de două săptămâni ea a slăbit cu 7,5 kg. Urina normală. In urma dietei fără lapte și carne, și calciu gluconat, nu se poate înregistra o ameliorare. Bolnava primește apoi 2 cmc. Campolon intramuscular; a doua zi vărsăturile dispar, starea generală mult ameliorată. După alte

două injecțiuni dispare și secrețiunea salivară intensă. Gestația a decurs în mod normal.

2. Gravidă pentru prima oară în a 3-a lună suferă de o lună de vărsături, după orice mâncare. Pacienta se simte foarte rău. Urina și tensiunea sanguină normală. După prima injecțiune cu Campolon vărsăturile dispar. In afară de tratament staționar, odihnă la pat și dietă, nu s'a făcut nicio altă medicațiune. După a 3-a injecțiune de Campolon pacienta se simte mai întărită și este concediată după ameliorarea complectă.

3. Femeie în a 2-a lună, vărsături amenințătoare. Dietă, odihnă la pat și injecții cu calciu nu dau nici un rezultat. Din cauza stării mizerabile, bolnava dorește întreruperea sarcinii. După primirea în spital i se administrează o injecție cu Campolon, vărsăturile dispar. A 2-a zi Campolon+Calciu, nu mai are vărsături; a 3-a zi de probă, numai calciu și dietă, vărsăturile apar din nou. Se dă în continuare zilnic (5×2 cmc.) Campolon fără calciu. Pacienta nu mai varsă și se simte mai bine.

4. Femeie în prima lună, internată de 2 săptămâni pentru grețuri și dureri de stomac, varsă de 3—4 ori pe zi după fiecare mâncare. Inapetență totală, slăbiciune pronunțată, producând colaps. Odihnă la pat, dietă și calciu nu ajută de loc. După prima injecție de Campolon grețurile dispar îndată, bolnava nu mai varsă mâncarea. A doua injecție de Campolon suprimă a doua zi în mod definitiv grețurile reapărute.

H. Ahringsmann, Hamburg: **Vindecarea boalei lui Bang cu Prontosil.** Münch. med. Wschr. 1937 Nr. 45, pag. 1778.

Un lăptar în vârstă de 33 ani se îmbolnăvi de tuse, guturai, dureri de gât, apoi oboseală și dureri articulare. Plămânii normali. Deși 39° febră, îi lipsește o senzație de boală corespunzătoare. Totuși febra de 39° a durat timp de 10 zile. Bolnavul bău zilnic lapte crud. Diagnosticul infecțiuni Bang a fost făcut prin examenul de aglutinare. S'a dat în a 45-a zi de boală de 3 ori pe zi câte 1 tabletă Prontosil; febra scăzu chiar din prima zi, dispărând abea în a 7-a zi, fără a mai reveni. Bolnavul a primit mai întâi timp de 2 săptămâni câte 3 tablete pe zi, apoi câte 1 săptămână 2 și 1 tabletă și de atunci nimic. Omul e acum de mult ocupat; aglutinarea Bang este negativă. *Jacobsen* (Glücksberg) a comunicat lui Ahringsmann următoarea observațiune:

A fost vorba de un măcelar în vârstă de 28 ani, care venise la tratament în ziua de 7. III. 1937, întrucât avea de 2 săptămâni temperatură, starea generală rea, dureri de cap, sensații de răceală. Rezultatul examenului: Bărbat puternic, bine hrănit. Faringele ușor aprins. Ușoară bronșită. Splina bine palpabilă. Temperatura 39,8°, 9. 3. 37. Aglutinarea dă rezultatul de Bang pozitiv 1 : 2000. La o doză de 3 ori 1 tabletă Prontosil pe zi, scăderea lităică a febrei în timp de o săptămână. Pacientul în timp de 5 luni cât a mai fost observat nu a făcut nici o recidivă. Interesantă este aglutinarea observată în acest caz: In ziua de 9. 3. 37. 2000 poz. In 6. 4. 37. 1 : 1000 poz. In 11. V. 37. 1: 1000 slab. poz. In ziua de 18. 6. 37, 1 : 200 slab poz. In ziua de 3. 8. 37. Negativ.

O altă observațiune în care se vorbește de vindecarea unei infecțiuni Bang prin Prontosil este comunicată de Berger și Schnetz (Med. Klin. 1937 Nr. 18) și Suchier (Fortschr. Ther. 1937, Nr. 18). Acțiunea terapeutică a Prontosilului în infecția Bang sugerează întrebuințarea sa în febra tifoidă, care este o boală înrudită. Această încercare a fost făcută de *Kiewe* (Clin. Excerpts 1936 Nr. 8/9), care a scurtat evoluția unei febre tifoide, care dura de săptămâni, la 8—10 zile, și a salvat pe un bolnav de febra tifoidă prin injecții intramusculare de Prontosil solubil.

J. Kretschmer, Spitalul Wieden — Viena: **Despre Manetol, noul hemostatic.** Wien. med. Wschr. 1937, Nr. 43, pag. 1119.

Acțiunea preparatului Manetol, un medicament organic produs din măduva spinării a epurelui și standardizat pe cale biologică, pare a se baza, în opoziție cu celelalte hemostatice de până în prezent, nu pe o promovare a coagulării, ci pe factori în bună parte încă nedeterminați. Cercetările făcute de *Ripke și Döttl* (Medizin u. Chemie vol. 3) au arătat că Manetol, care în doze mai mari, nu influențează sângele în vitro. Manetol, care se află în comerț în fiole uscate, se dizolvă (complect) în

2 cmc. apă destilată ; injecția intramusculară nu produce dureri, nici alte fenomene secundare. Kretschmer a făcut experiențe cu Manetol la peste 100 de pacienți; între aceștia au fost unii, la care alte hemostatice au dat eșec, obținându-se succese incontestabile abia după administrarea de Manetol.

Astfel hemoragia consecutivă unei amigdalectomii, la un medic de 28 de ani, a rezistat oricărei încercări de a o opri. 20 minute după injecția cu Manetol hemoragia s'a oprit complect. O femeie colemică de 58 ani a sângerat de circa 24 de ore, într'un jeț subțire, din țeastă. Bandajele de compresiune și hemostipticele au rămas fără folos. In urma injecției cu Manetol hemoragia s'a oprit în timp de 30 de minute. La o femeie de 53 ani cu hemoragie gravă (1000 cmc.) la începutul tractului gastro-intestinal, s'a putut obține oprirea trecătoare a sângelui prin calciu. Oprirea definitivă s'a obținut abia prin Manetol La un bărbat de 47 ani s'a ivit după o rezecție stomacală pentru ulcer, de 2 ori hematemeză, cu o pierdere de sânge de ca. 300 cmc. de fiecare dată. Sângerarea a putut fi oprită prin Manetol. O acțiune profilactică excelenta s'a obținut cu Manetol la 2 paciente icterice, care urmau să fie supuse, colecistectomiei. Prima injecție s'a administrat în preziua, a doua cu 1 ora înainte de operație. Ambele paciente n'au sângerat aproape de loc.

Manetol a dat rezultate și în tratamentul ambulatoriu în hemoragii nazale sau după extracțiuni dentare. Și în aceste cazuri rezultatele au fost bune, în timp ce alți medici din afară au încercat în zadar tamponarea cavității bucale și au administrat hemostiptice fără nici un rezultat.

A. Bischoff, Casa Victoria Louise, Braunschweig: **Paralizia postdifterică și tratamentul cu Betaxin.** Kinderärztl. Prax. 1937, Vol. 9, pag. 375.

O serie de comunicări asupra rezultatelor obținute în tratamentul paraliziei diafragmatice prin Betaxin, au determinat pe autor de a trata și paralizia postdifterică pe aceiași cale, obținând următoarele succese.

1. H. G. P., 7 ani și 7 luni. La 2 II. se îmbolnăvește de difterie faringiană. 8000 A. E. Ser antidifteric intramuscular. In ziua de 10 II. turburări circulatorii, tratate cu un cardiotonic. In ziua de 24 II. paralizia palatinului. In ziua de 17 III. paralizia ambelor picioare și apoi a ambilor mușchi sternocleido-mastoidieni. In ziua de 31 III. paralizia diafragmei, ceeace determină internarea în clinică. Două zile înainte de internare se începe cu 1 cmc. Betaxin pe zi, intramuscular, care se continuă timp de 14 zile. Deja după a 3-a injecție copilul poate să ridice capul, după a 6-a injecție intensificarea respirației, depășindu-se astfel stadiul periculos al boalei. Regresiune mult mai lentă a paraliziei picioarelor, ceeace impune tratamentul cu strichnină etc , până la vindecarea copilului.

2. H. St., 4 ani, vârsta 2 luni. In ziua de 16 III. se îmbolnăvește de difterie faringeană. Prin ser (doză) fenomenele dispar repede. In ziua de 5 IV. paralizie subită a ambelor picioare, în ziua de 7 IV. internare în clinică. La primire paralizia complectă a ambelor picioare și-otită medie. 6 zile dearândul câte 1 injecție cu strichnină (0,0004 gr.) fără influența asupra paraliziei După aceasta, timp de 9 zile injecții cu 1 cmc. Betaxin. Paralizia picioarelor nu se modifică. O agravare a paraliziei nu se observă. Tratamentul cu Betaxin a fost întrerupt. A fost necesar un tratament ulterior prin faradizare etc., pentru a se putea redresa copilul.

Ambele buletine par interesante prin faptul că se observă o diferență vădită în modul de acțiune a preparatului Betaxin. In timp ce paralizia diafragmatică reacționează favorabil la tratamentul cu Betaxin, paraliziile extremităților nu au putut fi influențate prin Betaxin, Nu se poate explica dacă eșecul tratamentului cu Betaxin se întemeiază pe diversitatea nervilor respectivi, sau pe faptul că avem de face cu turburări nervoase diferite. Aceasta va fi posibil după observațiuni mai numeroase în viitor.

W. Fiebiger, Dresda: **Prontosil în afecțiunile căilor respiratorii.** Fortschr. Ther. 1937, Nr. 9, Pag. 520.

Fiebiger a întrebuințat Prontosilul mai întâi în erisipel, apoi în dermatite și în afecțiunile inflamatorii ale căilor urinare. Acțiunea a fost

surprinzător de rapidă şi favorabilă. Apoi Fiebiger a prescris Prontosil în angine purulente grave; mai întâi pentru facerea gargarismelor. După ce pacientul a ţinut Prontosilul un timp mai îndelungat în gură, înghite o doză de Prontosil. Rezultatul este superior faţă de alte medicamente. In aceleaş mod şi cu aceleaşi rezultate s'a administrat Prontosil la 2 bolnavi de scarlatină cu anginâ purulentă gravă; dacă se reuşeşte a se omori sau slăbi streptococul într'un număr mai mare în stadiul primar al boalei, şansele unei evoluţiuni uşoare a boalei sunt mai mari. Mai puţin cunoscută este întrebuinţarea Prontosil-ului în afecţiunile căilor respiratorii.

Domnişoară de 87 ani, de 4 săptămâni în tratament pentru tuse. Plămânii liberi, tuse intensă iritantă, expectoraţie redusă, vâscoasă, groasă şi de culoarea alb-gălbue. Ceaiuri, contra tusei, ceai, derivate de morfină, comprese fierbinţi nu au produs vreo ameliorare. La urmă s'au ivit accese puternice de tuse convulsivă cu sensaţie anxioasă din cauza astmului timic şi a amestecului regulat de sânge în spută. Medicul specialist a constatat că nu e vorba de o afecţiune a laringelui. Fiebiger încearcă Prontosilul apoi comprese fierbinţi. Amestecul de sânge încetă, tusea convulsivă a cedat. Expectoraţia deveni clară, mucoasa redusă. Prin administrarea de Prontosil pacienta se vindecă.

După acest succes Fiebiger ordonă deseori Prontosil în afecţiunile căilor respiratorii. In primăvara 1937 s'au tratat un număr mai mare de pacienţi cu tuse convulsivă gravă şi rebelă consecutivă unor afecţiuni trachiale. Caracteristica acestor afecţiuni este: Tuse convulsivă foarte chinuitoare cu turburări a stării generale. Sputa redusă foarte vâscoasă şi groasă, la ascultarea tracheei mai jos de laringe sgomot foarte perceptibil, pereţii faringieni posteriori roşiţi, niciun fel de participare al plămânilor, deseori temperatură normală, uşoară înclinaţie spre vindecare, influenţă redusă prin medicamente. In ultimile săptămâni s'a putut vindeca foarte rapid tracheita la 10 pacienţi cu Prontosil, de ex.

Casier de bancă, care din motive profesionale trebue să vorbească mult, având o tusă convulsivă gravă, poate să reia lucrul după 2 zile. De asemenea o fată tânără, care nevoită să vorbească în permanenţă cu publicul se vindecă repede cu Prontosil, fără a fi nevoită să-şi întrerupă profesiunea. La fel o altă fată, care trebuia să vorbească mult, având aceleaşi turburări.

O femee tânără cu turburări cardiace suferă de vărsături repetate şi foarte tenace din cauza unei tricotoxicoze Nu este vorba de o afecţiune a organelor intestinale, ci de o tuse puternică iritativă, care s'a agravat până la vărsături. In urma administrării de Prontosil tusea şi vărsăturile au dispărut în 3 zile. Câtorva pacienţi cu pneumonie gripală gravă şi cu spută purulentă multă li s'a administrat de asemenea Prontosil, obţinându-se pe cât se pare un succes.

In aceste cazuri s'au dat concomitent şi alte medicamente.

In urma acestor observaţiuni Fiebiger susţine că Prontosilul este tot atât de indicat în inflamaţia mucoasei din căile respiratorii ca şi în afecţiunile cutanate, producând o acţiune favorabilă şi deseori o vindecare rapidă.

S'au administrat de 3—4 ori câte 1 tabletă de Prontosil într'un pahar cu apă.

H. Riegg, Spit. Orăşănesc, Bamberg: **Manetol o nouă substanţă hemostatică.** Münch. Med. Wschr. 1937, Nr. 35, pag. 1368.

In hemoragiile datorite traumatismelor sau proceselor morbide mai ales tuberculoase, s'a putut obţine, după una sau mai multe injecţiuni de Manetol, o oprire a hemoragiei. Tot astfel au putut fi combătute hemoragiile rebele şi periculoase din nazo-faringe, ca şi hemoragiile tractului gastrointestinal, prin câteva injecţiuni de Manetol. De asemenea a fost influenţată rapid şi sigur o hemoragie renală traumatică. Uneori o singură injecţie de Manetol ajunge, de multe ori însă trebue să se administreze şi a doua zi o injecţie. S'au repartizat şi 5—6 injecţiuni pe 3 zile. Nu s'au înregistrat eşecuri. Injecţiunea este nedureroasă şi toleranţa ei bună. Riegg a încercat Manetol-ul la 24 de bolnavi, obţinâud succese din care citâm câteva exemple.

1. Femeie de 49 ani cu epistaxis incoercibil, Hc 40%. După 2 injecţiuni de Manetol în

prima zi, hemoragia încetează, 2 zile mai târziu hemoragia violentă reapare, se fac 3 injecțiuni de Manetol pe zi, și hemoragia încetează. Femeia mai primește Manetol în scop profilactic încă 8 zile.

2. La un bărbat de 26 ani hemoragia nazală persistă, consecutivă unei operațiuni de polipi, a putut fi oprită prin 2 injecțiuni de Manetol.

3. 9 zile după o amigdalectomie, o pacientă prezintă o hemoragie nazală gravă, care a putut fi oprită prin 2 cmc. Manetol i. m.

4. Din cauza unei căderi un copil și-a provocat o leziune renală stângă. Urina intens hemoragică. Copilul a primit 2 cmc. Manetol i. m. S'a ameliorat rapid și după 2 zile examenul microscopic al urinei n'a putut pune în evidență hematii.

5. Un hemofilic cu o revărsare sanguină în genunchi a primit o injecție de Manetol intramuscular după puncția articulațiunii. Hemoragia articulară n'a mai apărut.

6. Un tuberculos prezintă hemoragie intestinală de 4 săptămâni. După o observațiune de 5 zile, pacientul primește la fiecare 2 zile Manetol intramuscular. Chiar după a 2-a injecție (ziua 4-a) nu s'a mai găsit sânge în fecale. In timpul celor 3 săptămâni de ședere în spital hemoragia nu mai reapare.

7. Un bolnav cu o gastroragie care durează de 4 zile, a primit în total 5 injecțiuni de Manetol, după 8 zile poate părăsi spitalul fără hemoragie. Alți doi bolnavi cu hemoragii gastrice intense au primit 6 resp. 4 injecțiuni de Manetol, hemoragiile au încetat.

Sprijinindu-se pe experiențele sale Riegg consideră întrebuințarea Manetol-ului ca indicată în toate hemoragiile, din cele mai variate domenii ale medicinei.

Dr. I. Matinca.

Comunicări, dispoziţiuni şi diferite ordine dela Minister, Colegiul medical şi Asociaţia generală a medicilor din România.

Comitetul executiv al colegiilor medicilor din România.

Domnule Preşedinte,

Vă rugăm a primi şi a fi interpretul nostru pe lângă membrii Colegiului ce cu onoare prezidaţi transmiţându-le cele mai alese urări pentru anul 1939.

Primiţi, vă rugăm, Domnule Preşedinte, mulţumirile şi asigurarea sentimentelor noastre de înaltă consideraţiune.

Preşedinte:
ss. *Dr. N. Minovici.*

Asociaţia generală a medicilor din România Bd. Tache Ionescu 11.

Domnule Preşedinte,

Inscrierile domnilor medici în listele de adeziune ale „Frontului Renaşterei Naţionale" s'au făcut într'un ritm accelerat, membrii Corpului nostru profesional înţelegând toată importanţa nouei vieţi politice care ia fiinţă.

Din datele ce deţinem până azi 3 Ianuarie 1939, putem afirma că majoritatea corpului medical şi-a exprimat aderarea.

Cum, însă, în intenţiunea noastră nu este să lăsăm o minoritate medicală românească neincadrată în activitatea social-politică care constituie o obligaţiune cetăţenească în viitor, fie că această minoritate încearcă să se sustragă, fie că vrea să ne creeze o stavilă, vă facem cunoscut prin prezenta, redeschiderea pentru 10 zile a listelor de adeziune.

Avem convingerea că veţi putea, în fine, uşor, identifica acum pe colegii noştrii rămaşi încă streini de noua lor misiune şi îi veţi face să priceapă cât de puţin lăudabilă este atitudinea lor antipatriotică.

Nu credem că legiuirile de breaslă ce vor urma ar putea acorda celor din afara organizaţiunii de stat vreun drept profesional, când ei înşişi prin acte omisive, neagă îndatoririle ce le incumbă.

Primiţi, vă rugăm, Domnule Preşedinte, asigurarea deosebitei noastre stime.

Preşedinte:
Prof. C. Tătaru.

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale Direcţia-Igienei Sociale.

Domnule Preşedinte,

Ministerul întrepinde actualmente, în mediul rural, o acţiune de asistenţă medicală şi de igienă, cu ajutorul medicilor specialişti dela instituţiile proprii, încadraţi în echipe care se deplasează odată pe săptămână, în satele noastre.

Medicii dau consultaţii şi fac examene de laborator şi radiologice, făcând în acelaş timp, intervenţiunile necesare cu ajutorul instrumentarului portativ, sau cu acela aflat la Spitalele rurale, care servesc de centru al sectoarelor de activitate, în care se împart judeţele.

Cum nu avem în toate judeţele medici suficienţi, vă rugăm a face un călduros apel pe lângă medicii practicieni, rugându-i ca în mod benevol, Ministerul punându-le la dispoziţie prin serviciile sanitare de judeţ, numai transportul, să participe la acţiunea ce întreprindem şi să se deplaseze în fiecare Duminecă, pentru ca alături de medicii noştri să acţioneze pentru ameliorarea sănătăţii populaţiei noastre rurale.

Ministru:
ss. *N. Marinescu.*

Deciziune.

Noi, Ministru Secretar de Stat la Departamentul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale, în dorinţa de a asigura o cât mai bună asistenţă medicală şi o cât mai bună realizare a măsurilor de igienă şi medicină preventivă în mediul rural prin o pregătire cât mai îngrijită a medicilor de circumscripţie rurală.

DECIDEM:

Art. I. Se aprobă următorul program de organizarea cursurilor de perfecţionare pentru medicii stagiari sanitari, reuşiţi la exemenul de capacitate.

I. Scopul urmărit:

Prin aceste cursuri Ministerul urmăreşte ca medicii sanitari:

— să posede noţiuni de legislaţie şi administraţie sanitară de care au nevoe în îndeplinirea serviciului;

— să-şi completeze cunoştinţele de obstetrică şi de puericultură în legătură cu specificul satelor noastre;

— să-şi însuşească toate cunoştinţele, în legătură cu igiena şi profilaxia bolilor contagioase şi venerice.

II. Organizare.

Cursurile încep pe ziua de 9 Ianuarie 1939 şi se vor ţine în oraşele Oradea, Arad, Cluj, Braşov, Cernăuţi, Chişinău, Constanţa, Brăila, Sibiu, Timişoara, Craiova, medicii se vor prezenta la data de mai sus, la serviciul sanitar al judeţului, unde au loc cursurile.

— durata lor va fi de 12 săptămâni.

— supravegherea cursurilor este încredinţată dlor Inspectori Generali Sanitari, în colaborare cu Institutele de Igienă şi cu concursul medicilor instituţiunilor sanitare unde se vor face cursurile clinice sau de laborator.

D-nii Inspectori Generali Sanitari vor controla ca participarea la cursuri să fie efectivă, neingăduindu-se absentări; medicii cari în cursul unei luni vor avea şase absenţe nemotivate, vor fi consideraţi ca demisionaţi din oficiu.

— Programul cursurilor va cuprinde o parte teoretică şi o parte de aplicaţiuni practice.

Personalul didactic se compune din medicii primari ai serviciilor, ajutaţi de medicii secundari sau alt personal medical, pentru partea clinică, de medicii şefi de laborator de d-nii Inspectori Generali Sanitari, pentru cursurile de legislaţie sanitară de personalul tehnic al Institutului de Igienă respectiv, pentru cursurile de igienă, statistică, boli sociale şi de controlorii financiari dela Inspectorate pentru administraţia sanitară.

In centrele în cari din lipsă de Instituţiuni ale Ministerului, cursurile clinice sau de laborator au loc în aşezămintele spitaliceşti sau în Laboratoarele Minist. Apărării Naţionale, sau altor autorităţi de Stat, instrucţia se va face cu personalul instituţiunii respective.

La terminarea cursurilor, medicii vor trece un examen constând din o probă scrisă cu 2 subiecte din materiile ce le-au fost predate. Lucrările vor fi calificate cu note care se vor înscrie în cazierul medicului.

In acelaş timp Domnii Inspectori Generali vor înainta Ministerului un raport asupra modului cum au fost organizate cursurile, arătând propunerile ce au de făcut.

III. Programa analitică.

Cursurile vor cuprinde următoarele materii:

A) *In primele 3 săptămâni dimineaţa şi după amiezile.*

1. *Obstetrică şi peuricultură.*

Dat fiind caracterul special pe care-l prezintă aceste studii, medicii vor fi împărţiţi pe două serii, o serie de zi şi o serie de noapte dela ora 8 dimineaţa la ora 20 şi dela ora 20 până la 8. Serile vor face rotaţii pentru a alterna cel care a făcut serviciul noaptea, de cele de zi. In felul acesta se va urmări întreaga activitate a serviciului şi a sălii de facere, în timp de 12 ore.

Pentru obstetrică instrucţiunea va cuprinde următoarele capitole:

Materialul şi instrumentarul necesar unei naşteri.
Improvizarea unei camere pentru naşteri la domiciliu.
Sterilizarea în mediul rural.
Trusa pentru naşteri (fiecare maternitate va avea 2 truse trimise de Minister).
Primirea unei gravide în spital.
Baie, deparazitare.

Examenul femeei gravide.
Foaie de observaţie.
Interogatorii.
Inspecţie.
Palpare.
Ascultare.
Tactul vaginal şi tactul rectal la o femeie gravidă.
Asistarea la naştere.
Ingrijirile femeei în timpul naşterei şi după naştere.
Ingrijirile fătului la naştere.
Secţionarea cordonului, pansamentul cordonului.
Ingrijirea ochilor.
Respiraţia artificială.
Expulzia placentei şi membranelor.
Supravegherea femeei până la expulzia placentei şi după expulzia placentei.
Extracţia manuală a placentei.
Controlul cavităţii uterine.
Perineorafie.

După terminarea activităţii spitaliceşti, Medicul Primar sau Medicul secundar va face o racapitulare a cunoştinţelor de obstetrică după următorul program:

Basinul osos, diametre, planurile basinului, axa şi direcţia.
Sarcina.
Semnele şi diagnosticul sarcinei, în prima jumătate a sarcinei şi în a doua jumătate a sarcinei.
Durata şi termenul sarcinei.
Diagnosticul vârstei sarcinei.
Diagnosticul diferenţial al sarcinei.
Diagnosticul de făt viu sau de făt mort.
Prezentaţii poziţii.
Atitudinea fătului în timpul sarcinei.
Prezentaţiunile longitudinale, prezentaţia craniană, prezentaţia facială, prezentaţia pelviană şi poziţiile fiecărei prezentaţii.
Prezentaţiile transversale.
Naşterea la termen şi naşterea prematură.
Naşterile spontane şi provocate.
Studiul naşterilor la termen.
Perioadele facerii.
Mecanismul facerii.
Naşterea în prezentaţiile craniene.
Naşterea în prezentaţia facială.
Naşterea în prezentaţia pelviană.
Sarcinile multiple, sarcina gemelară.
Naşterea în sarcina gemelară şi asistarea în sarcina gemelară.
Lehuzia fiziologică.
Examenul unei femei lehuze şi îngrijirile în timpul lehuziei.
Lehuzia patologică.
Infecţia puerperală locală şi generalizată tratament.
Boalele din timpul lehuziei.
Inflamaţia mamelelor.

Naşterile cu distocii.

Distociile osoase.

Generalităţi asupra viciaţiunilor de basin dacă în timpul stagiului se prezintă o femeie cu o viciaţiune rară de basin, se va studia şi expune cazul.

Atitudinea medicilor de circumscripţii într'un caz de viciaţiuni de basin.

Basinurile rahitice.

Facerea în basinul rahitic.

Distocii din partea părţilor moi — enumerare.

Inerţia uterină din timpul facerii.

Distocii din partea fătului.

Făt mare, hidrocefalie.

Malformaţii faetale.

Moartea fătului.

Procidenţa cordonului.

Distocii din partea anexelor.

Hidramnios.

Rezistenţa membranelor.

Circulările de cordon sau cordon scurt.

Boalele din timpul sarcinei.

Auto-intoxicaţia gravidică.

Vărsăturile grave ale sarcinei.

Albuminurile femeei gravide.

Eclampsia femeilor gravide diagnostic tratament.

Hemoragiile din a doua jumătate a sarcinei.

Atitudinea medicilor de circumscripţie într'un caz de placentă praevia,

Deslipirea placentei înserate normal în timpul sarcinei.

Hemoragiile în timpul naşterii.

Hemoragiile după naştere.

Ruperea uterului în timpul naşterii.

Operaţiuni obstetricale.

Extracţia fătului în prezentaţia pelviană.

Versiunea prin manoperă internă.

Aplicaţia de forceps.

Controlul cavităţii uteriene.

Indicaţiile operaţiei cezariene.

2. *Pentru puericultură instrucţiunea va cuprinde următoarele capitole:*

Ingrijirile copiilor noi născuţi.

Pansamentul cordonului.

Infăşatul.

Baia.

Camera copilului la termen.

Camera unui prematur.

Alăptarea.

Boalele copiilor noi născuţi.

Oftalmia.

Infecţiunile prin cordon.

Turburările digestive.
Icterul noilor născuți.
Stomatită Albicans.
Pemfigus.
Scleremul.
Hemoragiile noilor născuți.
Coriza.
Inflamația mamelelor.

B. *Următoarele 6 săptămâni (după amiezile) (3 zile pe săptămână).*

1. *Principii de statistică sanitară și demografică și de igienă aplicată la mediul rural.*

Statistica.

Cursurile cuprinzând următoarele capitole:
Necesitatea studiului statistic pentru mediul sanitar.

— *Metoda de calcul statistic:*

— colectarea și înregistrarea datelor (fișe, formulare tip, etc);
— intabularea și sortarea datelor;
— prelucrarea materialului statistic;
— reprezentările grafice (scara aritmetică, scara semilogaritmică, logaritmică, cartograme, histograme, tabele, etc,):
— media, mediana, modul.

— *Statistica demografică:*

— populație-recensământ, estimare numere, repartiție pe grupe de vârstă și sex:
— metoda interpelării:
— tipurile de populație, timp progresiv, staționar și regresiv.

— *Cifra de populație:*

— nupțialitatea;
— natalitatea;
— fecunditatea globală;
— morbiditatea;
— fatalitate;
— mortalitatea globală;
— mortalitatea infantilă;
— mortinatalitatea;
— mortalitatea specifică;
— clasificarea internațională a cazurilor de moarte;
— endemii, epidemii, incidență normală.

Principii de igienă aplicată în mediul rural:

— șobolani și rozătoare, combaterea și exterminarea lor;
— păduchi, deparazitări, instalații de deparazitare;
— ploșnițe, desinfectări;
— muște, țânțari, insecticide;
— locuință, latrine;
— alimentația;
— laptele, pasteurizarea;
— alimentația cu apă, ghiața;

— îndepărtarea gunoaielor, salubritate comunală.
— Igiena localurilor publice şi a localurilor de desfacere a produselor alimentare.
— Igiena şcolară.
Clădirea şcoalei, mobilier, tabla.
— Postura, iluminatul, încălzitul.
— Alimentaţia cu apă.
— Closetul, curăţenia.
Inspecţia medicală a şcoalei, vaccinări.

— *Desinfecţia.*
Metode de desinfecţie:
— fecale, spută, pat şi rufăria de pat;
— camerele de locuit, grajduri;
— fântâni şi izvoare.
— Organizarea unei infirmerii temporare.

Celelalte trei zile (după amiezile).

1. *Noţiuni de bacteriologie clinică şi exerciţii practice de lucrări de laborator.*

Cursurile vor cuprinde următoarele capitole:
— Metoda de recoltare de probe (sânge, urină, spută, exudat, faringian, lichid cefalorahidian, hemoculturi, puroi, ghiaţă, lapte şi derivate.
— Metoda de colorare şi de identificare a germenilor etiologi în:
— difterie, examen direct şi culturi pe ser Loefller sau Clauberg, reacţie Schik;
— dizenterie, izolarea şi identificarea;
— febrele tifoide şi paratifoide (hemocultură, aglutinări, coproculturi, izolări, identificări).
— lepra (metoda de examen direct);
— meningita cerebrospinală (examen direct, culturi din rinofaringe, examenul lichidului cefalorahidian;
— scarlatina (izolarea streprococului hemolitic şi reacţia Dick;
— tifusul exantematic (sero reacţia Weil-Felix);
— malaria (examen direct frotiu şi picătură groasă),
— tuberculoza (examenul sputei, metode de îmbogăţire);
coloraţia Ziehl, cutireacţia la tuberculină;
— blenoragia (examen direct coloraţia Gram, culturi agarastica);
— şancru moale (examen direct);
— sifilis (sero reacţia Bordet Wasserman examen direct).

Dimineaţa.

Legislaţia şi organizarea sanitară a României.

Cursul va cuprinde următoarele capitole:
— organizarea centrală a Ministerului Sănătăţii:
— institute de ştiinţă aplicată;
— serviciile Sanitare exterioare;
— instituţiile Sanitare şi de Asistenţă (spitale, sanatorii, dispensarii, laboratorii, centre de ocrotire, etc.);
— atribuţiunile şi îndatoririle personalului medical şi sanitar auxiliar;
— raporturile cu celelalte administraţii şi autorităţi de Stat, judeţ şi comună;

— combaterea şi profilaxia bolilor infecto-contagioase;
— combaterea şi profilaxia bolilor venerice;
— controlul alimentelor, băuturilor şi obiectelor uzuale;
— controlul salubrităţii al locurilor publice;
locurilor de consumaţie;
— controlul atelierelor şi fabricelor de tot felul;
— controlul farmaciei şi practica farmaceutică;
— cancelaria medicului de circum. şi a personalului sanitar auxiliar şi de ocrotire:
— asistenţa bolnavilor mintali şi nervoşi.

2. Cursul de administraţie sanitară se va face în 5 ore şi va cuprinde noţiuni de administraţie, contabilitate, aprovizionare, etc.

3. *Boli sociale.*

Va cuprinde următoarele materii:
— sifilis;
— malarie;
— alcoolism;
— tuberculoză;
— guşe;
— trachom;
— pelagra.

C. *Ultimile 3 săptămâni (dimineaţa).*

1. Cursul de boli contagioase va cuprinde:
— noţiuni clinice, de diagnostic şi tratamentul bolilor infecto contagioase, insistându-se asupra bolilor cu frecvenţă mare în mediul rural.

După amează.

2. Cursul de boli venerice şi de ochi va cuprinde următoarele materii:
a) *Boli venerice:*
— scurtă privire clinică asupra sifilisului, blenoragiei, şancului moale, linfogranulomatoză;
— metode de diagnostic;
— metode de tratament cu aplicaţie în mediul rural.
— b) *Boli de ochi* (polul anterior):
— afecţiunile pleoapelor, conjunctivei, corneei, irisului, camerei anterioare a ochiului şi glandele lacrimale cu diagnosticul şi tratamentul lor.
Trachomul.

Ministrul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale:
ss. **Dr. N. Marinescu.**

Orarul Cursurilor de perfecţionare dela Sibiu pentru medicii stagiari.

Dela 9 Ianuarie până la 6 Aprilie 1939.

Felul cursului	Durata cursului	ora	Profesor Medic primar	Locul unde se ţine
Obstetrică	Dela 9 I. până la 29 I.	tot timpul	Dr. Tănăsescu	La institutul Obstetric str. Haller Nr. 1
Boli sociale	Dela 30 I. până la 11 II.	9—12 a. m.	Dr. Manta	Serv. medical al spit. public. str. Cetăţii Nr. 2
Neuro-psihiatrie	Dela 13 II. până la 18 II.	9—12 a. m.	Dr. Ionaşiu	Spitalul de boli mintale str. Altenberg Nr. 12—14
Venerice	Dela 20 II. până la 4 III	9—12 a. m.	Dr. Schultz	Ambulatorul Policlinic str. Trei Stejari Nr. 6
Puericultură	Dela 5 III. până la 11 III.	9—12 a. m.	Dr. Ghiţescu	Ambulatorul Policlinic str. Trei Stejari Nr. 6
Boli contagioase	Dela 13 III până la 5 IV.	practică 8—9 a. m. teorie 3—5 p. m.	Dr. Cornea	Secţia de contagioşi a spit. public str. Cetăţii Nr. 2
Legislaţie şi organizare sanitară	Dela 30 I. până la 7 II.	5—7 p. m.	Dr. Stoichiţia	Institutul Obstetric str. Haller Nr. 1
Igienă rur.	Dela 8 II. la 27 III.	Luni, Miercuri, Joi şi Sâmbătă 4—7	Dr. Cosma	Serv. San. Jud. (La Pefectură str. Şaguna Nr. 10
Biostatistică	Dela 8 II. la 27 III.	Marţi şi Vineri 4—7 p. m.	Dr. Comşa	Institutul Obstretic str. Haller Nr. 1
Laborator	Dela 27 III. la 5 IV.	4—7 p. m.	Dr. Teleman	Laboratorul Spit. Militar str. Carmen Sylva
Administraţie sanitară	Dela 30 I. până la 7 II.	4—5 p. m.	Hild, Neaga	Institutul Obstetric str. Haller Nr. 1

In ziua de 6 Aprilie 1939, ora 9 a m., se va ţine examenul scripturistic la Institutul Obstetric.

Tablou

despre medicii sanitari stagiari care urmează cursurile de perfecţionare în Sibiu.

Dr. Hudiţă Ştefan, Dr. Mircea Stelea, Dr. Lungu Mircea, Dr. Trifan Ioan, Dr. Constantinescu Dorina, dela jud. Teleorman; Dr. Mocofănescu, dela jud. Buzău; Dr. Popescu Gh. Marin, Dr. Popescu C. Aureliu, Dr. Popa Titu Liviu, Dr. Ruşca Oprea, dela jud. Vâlcea; Dr. Mihăilescu C. Gheorghe, dela jud. Tutova.

Cantine şcolare.

In urma apelului lansat la Radio şi în ziare de D-l Ministru al Sănătăţii Dr. N. Marinescu, de a veni în ajutorul copiilor săraci şi subnutriţi din mediul rural prin înfiinţarea de cantine şcolare, Inspectoratul sanitar al Ţinutului Mureş în conferinţa medicilor primari de judeţe şi şefi de municipii ţinută în ziua de 9 Noemvrie 1938, a decis cu unanimitate, ca întreg personalul medical şi sanitar auxiliar să cedeze salariul pe o zi în acest scop. O atenţie deosebită a fost acordată în distribuirea sumelor regiunii munţilor Apuseni, care este în deosebi deficitară în ce priveşte alimentaţia copiilor din mediul rural.

In urma insistenţei depuse de D-l Inspector General Dr. I. Stoichiţia, având preţiosul concurs al Rezidenţei Ţinutului, s'a putut ajunge până în prezent la următoarele realizări în acest domeniu:

a) Au luat fiinţă 466 comitete locale în tot atâtea comune din raza Inspectoratului, cari se ocupă în special de strângerea fondurilor necesare înzestrării cantinelor.

b) S'au colectat din partea comitetelor sus menţionate până în prezent suma de 566.502 Lei; din partea Ministerului Educaţiei Naţionale s'a primit suma de 20.000 Lei, iar din partea Prefecturilor de judeţ 126.299 Lei.

c) Au început să funcţioneze până în prezent 102 cantine; iar alte 171 sunt în curs de organizare. Majoritatea au luat fiinţă în luna Decemvrie 1938, abia un număr de 8 au funcţionat din anii precedenţi.

Beneficiază de hrană caldă, lapte, ceai, sau fiertură cu pâine sau franzelă un număr de 5055 elevi.

Costul alimentelor pentru un copil şi pe zi se cifrează la suma medie de 4—8 Lei.

Deşi acţiunea întreprinsă în această privinţă este relativ recentă, fiind pornită din iniţiativa actualului Ministru al Sănătăţii, remarcăm totuşi cu bucurie rezultatatele neaşteptate şi al căror roade de sigur că le vor culege în viitor copiii atât de năpăstuiţi ai satelor noastre, care prezintă şi astăzi în cea mai mare parte a lor un bilanţ nutritiv deficitar.

Activitatea echipelor volante şi radiologice în judeţul Sibiu pe ultimele luni.

Conform ordinului Ministerului, avându-se în vedere o cât mai bună asistenţă medicală şi stabilirea diagnosticului pe baze cât mai ştinţifice atât a bolilor medico-sociale, cât şi a celor privind mai ales domeniul problemelor mamei şi copilului, ca o continuare şi adâncire a campaniei sanitare din August—Septemvrie 1938, au luat fiinţă şi în judeţul Sibiu echipe volante de medici specialişti.

Remarcăm câteva particularităţi prezentate de modul de organizare şi activitatea pe teren a acestor echipe din acest judeţ.

Din iniţiativa D-lor: Inspector General Dr. I. Stoichiţia şi Medic primar judeţean Dr. I. Cosma, având concursul preţios al Colegiului medicilor, s'au organizat echipe volante, compuse din medici de toate specialităţile şi cari se deplasează în fiecare Duminică şi sărbătoare în câte una din comunele, care a fost anchetată în campania sanitară din August—Septemvrie 1938. Sunt examinaţi mai întâi toţi copiii preşcolari şi şcolari de către fiecare specialist în parte, şi numai ulterior în limita timpului disponibil sunt examinaţi adulţii indicaţi din partea medicului circumscripţiei respective, cunoscuţi fiind ca suspecţi din ancheta anterioară. Numai astfel se poate ajunge la maximum de eficienţă, economisind timp şi risipă inutilă de energie.

Ca o completare în raza judeţului Sibiu mai activează pe teren şi o echipă radiologică sub conducerea D-lui medic primar radiolog Dr. Popescu şi a D-şoarei Revizoare de Ocrotire Manta, dispunând de o autocamionetă radiologică pusă la dispoziţia Inspectoratului de Liga Naţională contra Tuberculozei.

Această echipă a executat în decursul campaniei sanitare în 45 comune din judeţele Inspectoratului 22.000 examinări. Continuând activitatea în cadrul programului fixat de Minister pentru adâncirea campaniei sanitare din August-Septemvrie 1938, a depus următoarea activitate pe ultimile luni:

In luna Noemvrie 1938 a executat în 6 comune 2095 examinări.

In lunile Decemvrie 1938 şi Ianuarie 1939 a examinat pe elevii dela şcolile primare şi secundare din raza municipiului Sibiu în număr de 4223.

In total a executat 6318 examinări în ultimile 3 luni.

Remarcăm activitatea prodigioasă a acestei echipe, care într'adevăr contribue în cel mai înalt grad, prin materialul preţios adunat, la clarificarea problemei tuberculozei în mediul şcolar şi rural al Ţinutului.

Note şi informaţiuni.

Legea pentru înfiinţarea organizaţiei politice a „Frontului Renaşterii Naţionale".

Art. I. — *Se înfiinţează, pe ziua promulgării legii de faţă, ca unică organizaţie politică în Stat, — „Frontul Renaşterii Naţionale".*

Art. II. — *Această organizaţie politică are de scop mobilizarea conştiinţei naţionale în vederea întreprinderii unei acţiuni solidare şi unitare româneşti de apărare şi propăşire a Patriei şi de consolidare a Statului.*

Art. III. — *Autorizarea de funcţionare a „Frontului Renaşterii Naţionale" se acordă de ministrul justiţiei, la cererea scrisă a unui număr de 25 (douăzeci şi cinci) persoane, dintre care cel puţin 20 (douăzeci) trebue să aibă calitatea de actuali sau foşti miniştri şi subsecretari de stat.*

Art. IV. — *Consilierii regali sunt membrii de drept ai „Frontului Renaşterei Naţionale".*

Art. V. — *Toţi românii care au împlinit 21 ani, cu excepţia militarilor activi şi a membrilor ordinului judecătoresc, au dreptul să ceară înscrierea n „Frontul Renaşterei Naţionale", supunându-se condiţiunilor de funcţionare şi de disciplină stabilite prin regulamentul prezentei legi.*

Art. VI. — *„Frontul Renaşterei Naţionale" are, singur, dreptul de a fixa şi depune candidaturile pentru alegerile parlamentare, administrative şi profesionale.*

Art. VII. — *Orice altă activitate politică decât aceia a „Frontului Renaşterei Naţionale" — va fi socotită clandestină, iar autorii ei pedepsiţi cu degradarea civilă pe termen de 2 până la 5 ani.*

Art. VIII. — *Un regulament special, făcând parte integrantă din prezenta lege, va determina condiţiunile de organizare şi funcţionare a „Frontului Renaşterei Naţionale.*

* * *

Dintre întemeietorii Frontului Renaşterei Naţionale, fac parte următorii membri ai Corpului medical:

Prof. Dr. Iuliu Haţieganu;
Prof. Dr. N. Hortolomei;
Prof. Dr. I. Iacobovici;
Prof. Dr. Iuliu Moldovanu;
Prof. Dr. Coriolan Tătaru, preşedintele Asociaţiei generale a medicilor.

* * *

In conformitate cu deciziunea luată în prima consfătuire a iniţiatorilor „Frontului Renaşterei Naţionale", — adeziunile se primesc pentru membrii corpului medical la Asociaţia generală a medicilor (Bulevardul Brătianu).

Din primele zile s'au înscris în registrele de adeziune, foarte mulţi medici.

Noua conducere a Societăţii de Radiologie şi Electrologie Medicală. *„Societatea de Radiologie şi Electrologie Medicală din România" în adunarea sa generală din 12|XII.1938, a hotărît directivele generale asupra celui de al III-lea Congres ştiinţific al său, care va avea loc la Iaşi în luna Maiu 1939, a concretizat dezideratele profesionale de specialitate, care urmează a fi înaintate forurilor superioare şi şi-a ales următorul Birou pe anul 1939:*

Consiliul de direcţie: Dr. G. N. Giurea, Dr. E. Andronescu, Conf. Dr. E. Lăzeanu.

Comitetul:

Preşedinte: Dr. S. Sfinţescu.

Vice-preşedinţi: Dr. G. Gatoschi şi Dr. M. Eliescu.

Secretar general: Dr. St. Jianu.

Casier: Dr. V. Tomescu.

Bibliotecar: Dr. G. Rozental.

Secretari de şedinţe: D-na Dr. Melinte şi Dr. Th. Niculescu.

Activitatea serviciului de Oftalmologie dela Oradea Mare. *Dl Dr. I. Glăvan, medicul primar al secţiei de Oftalmologie a Spitalului dela Oradea-Mare, publică în revista „Vestul Medical" o interesantă dare de seamă asupra activităţii serviciului său dela 1 August 1930 până la 1 August 1938.*

In opt ani s'a desfăşurat, în acest serviciu, muncă intensă, devotată şi competentă. In fiecare an au fost internaţi în serviciu 220 până la 300 bolnavi, s'au dat peste 1000 de consultaţii şi s'au executat 120—150 intervenţii chirurgicale.

Subliniind aici frumoasa activitate a d-lui Dr. I. Glăvan, ţinem să arătăm cât de utile şi de interesante sunt aceste dări de seamă periodice, pe cari ar trebui să le publice toţi medicii primari, în revistele cari apar în diferitele regiuni ale ţărei.

In modul acesta nu s'ar pierde un material statistic important şi o serie de observaţii foarte interesante.

In afară de aceasta, am putea avea o informaţie sigură asupra activităţii rodnice a medicilor noştri de spitale.

Legea pentru înfiinţarea Casei de Credit, Economie şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire din România.

I. Scopul casei.

Art. 1. — Se înfiinţează în Bucureşti Casa de Credit, Economie şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire din România.

Această casă este persoană juridică şi funcţionează pe lângă Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi sub controlul ministerului.

Art. 2. — Scopul acestei Case este:

a) De a capitaliza şi fructifica depunerile obligatorii, depunerile facultative şi în general economiile depuse de membrii săi;

b) De a înlesni creditul, prin avansuri şi împrumuturi în contul salariilor sau pensiilor membrilor săi, pe termene scurte sau lungi, în contul depunerilor facultative şi pe efecte publice sau ipoteci;

c) De a obţine reduceri pentru membrii săi la spectacole, hoteluri, stabilimente balneare, clinici sanatorii, precum şi înlesniri de transport;

d) De a întreţine dispensarii, clinici, sanatorii, pentru îngrijirea medicală a membrilor şi familiilor lor, sau de a face cu alte instituţiuni convenţii de îngrijirea medicală a membrilor săi;

e) De a acorda ajutoare membrilor săi în caz de boală, accidente, infirmităţi, înmormântări, precum şi de a ajuta pe cei împovăraţi cu familii numeroase, văduvele şi orfanii lipsiţi de mijloace ai membrilor Casei;

f) De a mijloci, pentru membrii săi, asigurări pe vieaţă, în condiţiuni speciale;

g) De a înfiinţa şi întreţine instituţiuni de educaţie, internate pentru fiii şi fiicele membrilor Casei, precum şi orfanilor lor;

h) De a înfiinţa case de odihnă pentru membrii bătrâni sau neputincioşi ai Casei;

i) De a întreţine spiritul cultural, desvoltând gustul membrilor pentru studii, organizând un cerc de studii, conferinţe, şezători, serbări, etc.;

j) De a organiza excursii în ţară şi străinătate;

k) De a înlesni membrilor Casei procurarea de locuinţe ieftine.

Art. 3. — Pentru îndeplinirea scopului urmărit Casa se organizează în cadrul a trei secţiuni şi anume:

Secţiunea de credit şi economie.

Secţiunea de asistenţă.

Secţiunea culturală.

II. Membrii casei.

Art. 4. — Sunt în mod obligatoriu membri ai Casei:

a) Funcţionarii şi întreg personalul Ministerului Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi ai tuturor instituţiilor pendinte de acest minister (institute, spitale sanatorii, dispensarii, etc.), fie că sunt plătiţi din bugetul Statului, fie din bugetele diverselor fonduri speciale;

b) Intregul personal tehnic şi tehnic auxiliar sanitar, oricare ar fi autoritatea de care depinde din punct de vedere bugetar (medici, igienişti chimişti, farmacişti, asistentele sociale, profesori medico-pedagogi, dentotehnicieni, surori de ocrotire, surori de caritate, infirmiere, moaşe, conducători tehnici, oficianţi şi agenţi sanitari, etc.).

Nu pot fi membri ai Casei cei din categoriile de mai sus plătiți cu diurnă.

Art. 5. — Membrii care sunt pensionați pot păstra calitatea de membru al Casei și după ieșirea lor la pensie, cu obligația de depunere obligatorie prevăzută la art. 6.

Art. 6. Membrii Casei de Credit sunt obligați la o depunere de 2 la sută din salariu pentru cei cu un salariu bugetar până la Lei 5000 și de 3 la sută pentru cei cu un salariu dela 5000 Lei în sus.

Pe lângă depunerile obligatorii totdeauna, membrii Casei de Credit, Economie și Ajutor vor plăti Lei 20 drept taxă de înscriere. Oamenii de serviciu vor plăti ca taxă de înscriere numai 5 Lei.

Art. 7. — In afară de membrii activi ai Casei, se poate acorda titlul de membri onorifici, persoanelor care vor fi ajutat Casa în diferite împrejurări, fie prin serviciile aduse, fie prin donațiuni, ofrande, etc.

III. Fondurile casei.

Art. 8 — Fondurile Casei se compun din:

a) Subvențiile anuale ce s'ar acorda, prin bugetul Ministerului Sănătății și Asistenței Sociale;

b) Subvențiile, donațiunile și ofrandele acordate de instituțiuni și particulari;

c) Depunerile obligatorii ale membrilor, prevăzute la art. 6;

d) Depunerile facultative ale membrilor;

e) Taxele de înscriere;

f) 10 /o din venitul eforiilor sanitare;

g) 20% din încasările taxelor de consultații la sanatoriile, spitalele și dispensariile ministerului;

h) Veniturile fondurilor de mai sus ale imobilelor ce eventual Casa ar dobândi și ale operațiunilor de credit făcute de Casă;

i) Veniturile diferitelor șezători, serbări și loterii organizate de Casă, acestea din urmă cu respectarea legii speciale pentru înființarea și funcționarea loteriei de Stat;

j) Orice alte venituri întâmplătoare.

Art. 9. — Fondurile dela art. 8, alin. a și b, formează capitalul Casei, cele dela c și d, capitalul membrilor, iar cele dela punctele e, f, g, h, i și j veniturile propriu zise ale Casei.

IV. Administrația casei.

Art. 10—24 inclusiv se ocupă de administrația casei.

V. Secțiunea de credit și economie.

Art. 25. — Depunerile obligatorii ale membrilor, prevăzute de art. 6, se vor reține lunar prin statele de salariu pe răspunderea mandatarilor și se vor vărsa Casei.

Art. 26. — Depunerile prevăzute în articolul precedent, vor constitui depunerile permanente ale membrilor şi vor produce o dobândă de 3 la sută pe an, socotită din prima zi a lunei ce urmează după data la care s'a făcut depunerea până la prima zi a lunii în care se efectuează restituirea depunerilor. Dobânzile vor fi socotite în fiecare an la 31 Decemvrie.

Articolele 25—42 inclusiv arată condiţiile în cari se primesc depunerile şi în cari se acordă împrumuturile.

VI. Secţiunea de asistenţă.

Art. 43. — Casa de Credit acordă asistenţă membrilor ei, din veniturile prevăzute la art. 8 din legea (al. f şi g), precum şi din cota parte, ce se va stabili anual în bugetul Casei, din subvenţiile acordate Casei, conform aceluiaşi articol (al. a şi b).

Art. 44. — Această asistenţă consistă în:

a) Asistenţă medicală prin tratament şi medicamente membrilor Casei, soţiei şi copiilor acestora, fie la dispensar, ori în clinicile şi sanatoriile ce s'ar înfiinţa de către Casa de credit, sau la acelea cu care Casa ar încheia convenţiuni;

b) Ajutoare în caz de accidente sau infirmităţi;

c) Ajutoare la naşterea copiilor membrilor Casei şi la măritişul fetelor acestora;

d) Ajutoare de întreţinere în sanatorii, în staţiunile de vară şi climaterice, după prescripţiunile medicilor Casei, pentru copiii membrilor;

e) Ajutoare de înmormântare;

f) Ajutoare pentru cărţi şi haine copiilor de şcoală ai membrilor.

Art. 45. — Ajutoarele nu se vor putea acorda decât după o vechime de cel puţin un an ca membru al Casei.

Art. 46. — Quantumul ajutoarelor se va stabili prin regulamentul legii, care se va pune în aplicare cel mai târziu în termen de 6 luni dela intrarea în vigoare a acestei legi. Ele vor fi maximale, putând fi reduse de consiliul de administraţie, în caz când dificultăţile de ordin bugetar ar impune luarea acestei măsuri.

Art. 47. — Dacă mijloacele materiale ale Casei de Credit vor permite, se va putea înfiinţa şi întreţine instituţiuni de educaţie pentru fiii şi fiicile membrilor Casei, precum şi pentru orfanii membrilor decedaţi.

VII. Secţiunea culturală.

Art. 48. — Prin bugetul anual al Casei şi din veniturile prevăzute la art. 8, alin. a, b, f, g şi i din lege, se vor prevede la cheltuieli sumele necesare aducerii la îndeplinire a scopurilor culturale prevăzute în art. 2, alin. g, h, i şi j din lege.

Art. 49. — Casa va căuta să întreţină spiritul cultural între membri, desvoltând gustul pentru studii şi sporturi, organizând excursii în ţară şi străinătate şi înfiinţând o bibliotecă.

VIII. Dispoziţiuni transitorii.

Art. 50. — Casa de Credit poate dobândi terenuri sau imobile în comunele urbane sau rurale, însă numai în scopul de a servi administraţiei sale sau membrilor săi drept aziluri, case de sănătate, case de convalescenţă sau altele asemeni.

Art. 51. — Actuala Casă de Economie, Credit şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire a ministerului se înglobează pe ziua publicării prezentei legi, cu tot activul şi pasivul ei, în Casa de Credit, Economie şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire din Româna.

Personalul Casei de Economie, Credit şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire trece de drept la Casa înfiinţată prin această lege.

Art. 52. — Actualii membri ai Casei de Credit, Economie şi Ajutor a Ministerului rămân mai departe membri ai nouei Case, în condiţiunile prezentei legi.

IX. Dispoziţiuni finale.

Art. 53. — Toate operaţiunile Casei de Credit, Economic şi Ajutor a personalului sanitar şi de ocrotire din România, ca şi orice acte încheiate pentru unul din scopurile sale, sunt scutite de orice taxe şi impozite către Stat Ţinut sau comună.

Art. 54. — Un regulament va stabili toate amănuntele de aplicare a dispoziţiunilor acestei legi.

Art. 55. — Orice dispoziţiuni contrarii acestei legi sunt şi rămân abrogate.

Dat, în Bucureşti la 12 Noemvrie 1938 şi promulgat prin „Monitorul Oficial" Nr. 266 din 15 Noemvrie 1938.

Proclamarea D-lui Profesor Dr. C. Daniel ca doctor „honoris causa" al Universităţii din Bordeaux. *In marele amfiteatru al Facultăţii de Medicină din Bordeaux, a avut loc în ziua de 29 Noemvrie c. solemnitatea remiterei diplomei şi insignelor de doctor „honoris causa" al renumitei universităţi, d-lui profesor Dr. Constantin Daniel, membru al Academiilor de medicină din Paris şi Roma.*

In prezenţa, decanilor tuturor facultăţilor, a corpului profesoral, a notabilităţilor oraşului Bordeaux, a consulului României, şi a unui numeros public, după discursul d-lui Gabriel Boussagol, rectorul Academiei din Bordeaux, dl profesor Jos. Guyot, a prezentat un amplu raport asupra titlurilor şi

lucrărilor savantului profesor și chirurg român, căruia i se înmânează apoi diploma și epitoga de doctor „honoris causa".

Cu acest prilej dl profesor Dr. Constantin Daniel, a ținut un remarcabil discurs, scoțând în relief cooperația științifică franco-română și fraternitatea celor două Universități: bordeleză și bucureșteană.

Dl profesor Daniel a desvoltat apoi o conferință despre: Influența medicală franceză în România, însoțită de producția unui film documentar.

Intr'un articol viitor, vom face o dare de seamă mai largă a acestei solemnități, care s'a transformat într'o adevărată manifestare de prietenie franco-română.

Noul Decan al Facultății de Medicină din București. *Consiliul Facultății de Medicină din București a ales și Ministerul Educației Naționale a confirmat în funcția de Decan, pe dl prof. Dr. D. Mezincescu.*

D-sa vine la conducerea Facultății de Medicină, într'o epocă de mari transformări a vieței noastre universitare, care trebue să urmărească din ce în ce mai mult, nu numai o pregătire tehnică foarte completă a studenților dar și o pregătire spirituală, în raport cu nevoile actuale ale țării.

Grație energiei noului Decan și printr'o cordială colaborare a tuturor profesorilor, sperăm că se vor realiza mari progrese în învățământul nostru medical.

Lecțiunile inaugurale ale noilor profesori ai Facultății de medicină din București. *In cursul lunei Noemvrie au ținut lecțiunile de deschidere noui Profesori ai Facultății de medicină din București.*

Dl Pro Decan Manolescu a prezentat pe noui profesori, unui public numeros și entuziast, în fruntea căruia erau: Membri ai guvernului, Rectorul Universității, Profesori universitari și foarte numeroși medici.

Miercuri 9 Noemvrie a făcut lecția inaugurată dl Prof. Dr. Traian Nasta.

După ce a adus un simțit elogiu predecesorilor săi, Profesorii Toma Ionescu și Gerota, a expus concepțiile sale asupra anatomiei topografice chirurgicale.

Joi 10 Noemvrie a făcut lecția inaugurală dl Prof. Dr. Vintilă Ciocâlteu.

După ce a arătat ideile sale asupra cursului de chimie biologică, a făcut o expunere clară a țelurilor către care se îndreaptă cercetările acestei specialități, perspectivele ce-i stau deschise și concepțiile științifice ce s'au clădit pe datele actuale.

Vineri 11 Noemvrie a făcut lecția sa inaugurală dl Profesor Dr. N. Ionescu Sisești.

După un călduros elogiu adus savantului Profesor Marinescu, d-sa a arătat poziția actuală a neurologiei și programul activității ce va desfășura la catedră pe planul științific și pe cel didactic.

Intr'o ultimă parte, Profesorul Ionescu-Siseşti a adus o serie de sugestiuni interesante pentru perfecționarea învățământului nostru universitar.

Miercuri 16 Noemvrie a făcut lecția sa inaugurală dl Prof. Dr. T. Mironescu, vorbind despre: Obiectul studiului maladiilor contagioase.

Un Tratat de Ortopedie Chirurgicală. *In curând va apare: „Tratatul de Ortopedie Chirurgicală", de dl Dr. Al. D. Rădulescu, directorul spitalului de Ortopedie din Cluj un volum de circa 800 pagini și 600 figuri, în text, pe hârtie „cromo".*

Cei ce se vor abona în prealabil, vor beneficia de o reducere de 15% din prețul cărții.

Comenzile însoțite de 500 Lei aconto, se vor trimite numai direct pe adresa: Dr. Al. D. Rădulescu, Cluj, str. Gelu 26.

Costul cărței: 800 Lei, cu reducerea de 15% — 680 Lei.

Noul Președinte Al Asociației generale a medicilor. *Dl Profesor Dr. P. Tomescu, demisionând dela Prezidența Asociației, comitetul central, a ales în ședința sa de la 5 Octomvrie, pe dl Profesor Dr. C. Tătaru, de la Facultatea de medicină din Cluj, președinte al Asociației generale a medicilor.*

Noul comitet al societății române de oto-rino-laryngologie. *Marți 11 Octomvrie a. c. s'a ținut în amfiteatrul spitalului Filantropia adunarea generală a societății române de oto-rino-laryngologie pentru alegerea comitetului pe 1938—39.*

După împlinirea formalităților legale s'a ales prin vot următorul comitet: președinte prof. Dr. N. Meţianu, vice-președinte conf. Dr. Ion Tețu, secretar general Dr. D. Borș, casier Dr. St. Popian, secretari de ședință Dr. V. Popea și Dr. C. Popovici.

Noul profesor de Boale Contagioase la Facultatea de medicină din București. *D. Agregat Dr. Theodor Mironescu, a fost numit Profesor titular la Catedra de Clinică a boalelor contagioase la Facultatea de medicină din București.*

Distincțiuni streine. *Pentru activitatea desfășurată cu ocazia organizării celui de al XVII-lea Congres internațional de Antropologie, care s'a ținut la București în Septemvrie 1937, Președintele Republicei Franceze a*

binevoit să decoreze cu „Legiunea de Onoare" pe d-nii: Prof. Dr. Nicolae Minovici în gradul de comandor, Dr. V. Iorgulescu şi Th. Vasiliu în gradul de cavaler.

Reorganizarea Staţiunilor balneare româneşti. *Ministerul Sănătăţii a decis refacerea, reorganizarea şi complectarea celor mai mari staţiuni balneare şi climaterice româneşti, pentru ca ele să poată deveni localităţi cari să atragă nu numai publicul românesc, dar şi pe cel străin.*

Statul va aduce o însemnată contribuţie materială, pe lângă directivele generale şi un control continuu.

Următoarele zece staţiuni vor intra în această categorie: Băile Herculane, Govora-Călimăneşti, Ocna Sibiului, Olăneşti, Vatra Dornei, Mamaia, Slănicul Moldovei, Eforia, Sovata şi Sinaia-Predal.

Cel de al XVIII-lea Congres al Societăţii Române de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie, Endocrinologie şi Medicină Legală precum şi „Zilele Medicale" *a avut loc în Sibiu în zilele de 2, 3 şi 4 Octomvrie 1938.*

Acest congres ce s'a ţinut pentru a treia oară în oraşul Sibiu a fost aranjat de D-l Dr. Gh. Preda, Preşedintele Societăţii de Psihologie Medicală din Sibiu şi de D-l Dr. I. Stoichiţa, Preşedintele Colegiului Medical, Sibiu.

Deschiderea congresului a fost făcută prin un serviciu religios la Catedrala Mitropolitană cu care ocazie s'a oficiat şi un parastas în memoria regretaţilor profesori Dr. G. Marinescu şi Dr. Al. Obregia.

Şedinţa festivă a fost deschisă de D-l Dr. Gh. Preda, Preşedintele Congresului, la ora 11^{30}, în sala festivă a Prefecturei Judeţului în prezenţa D-lui General Dr. N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii, a I. P. S. S. Dr. Nicolae Bălan, Mitropolitul Ardealului, a D-lui General G. Oprescu, Comandantul Corpului VII. Armată, a celorlalte autorităţi locale, a D-lor Profesori de specialitate dela cele 3 Facultăţi de Medicină din ţară, a unui foarte mare număr de medici de specialitate şi de personalităţi locale.

In cuvântarea inaugurală D-l General Dr. N. Marinescu, Ministrul Sănătăţii a evidenţiat importanţa Congresului, propunând o acţiune energică de igienă şi profilaxie mintală. In acelaş timp şi-a exprimat dorinţa ca în congres să se pună în ordinea de zi şi problema igienei colective.

După cuvântarea I. P. S. S. Mitropolitului Bălan, a D-lui General G. Oprescu, a D-lui Colonel Cămăraşu, Prefectul Judeţului Sibiu, a D-lui Sever Pop, Primarul Municipiului Sibiu şi a D-lui Dr. Weindel, Preşedintele medicilor saşi din localitate a urmat conferinţa publică a D-lui Prof. Dr. Parhon asupra „Raportului dintre funcţiile nervoase, psihice şi endocrine în stare normală şi patologică".

Şedinţele ştiinţifice au început în aceeaşi zi, la ora 15[30], în sala festivă a Prefecturei Judeţului, prezentându-se în total[1]) 6 rap. 32 comunicări şi 2 conferinţe publice.

Problemele şi materialul ştiinţific atât de abundent şi documentat prezentat la acest congres ne dovedeşte încă odată valoarea ştiinţifică creatoare a medicilor români. Cu drept cuvânt putem spune că acest congres s'a prezentat la un nivel tot aşa de superior ca cele mai mari congrese din ţările occidentale.

Problemele de organizare medico-psihologice prezentate în cele 2 rapoarte ale D-lui Rector Profesor Ştefănescu-Goangă şi D-l Dr. Gh. Preda, având ca scop comun prevenirea şi tratarea viitoarelor maladii psihice, contribuesc la însănătoşirea neamului şi îmbunătăţirea rasei.

Pentru realizarea celor propuse în aceste rapoarte, congresul a votat o moţiune ce urmează să fie prezentată autorităţilor.

In tot timpul congresului participanţii s'au bucurat de o deosebită atenţie din partea organizatorilor congresului, oferindu-li-se vizitarea instituţiilor sanitare din localitate şi împrejurimi, precum şi mese colegiale unde a domnit o perfectă înţelegere şi armonie.

Al X-lea Congres internaţional de Medicină şi Farmacie militară. *Congresul va avea loc între 7 şi 15 Mai a. c. la Washington.*

Vor fi la ordinea zilei 7 rapoarte:

1. Organizarea şi funcţionarea serviciului medical în expediţiunile coloniale (Italia şi Statele Unite ale Americei).

2. Morbiditatea probabilă în timp de războiu şi metodele de calculare (Germania şi U. S. A.).

3. Organizarea şi funcţionarea serviciului chimico-farmaceutic militar (Argentina şi Cehoslovacia).

4. Tratamentul de urgenţă şi aparatele primitive pentru fracturile de războiu ale maxilarului inferior. (Anglia şi U. S. A.).

5. Specializarea tehnică a ofiţerilor de administraţie din servicial medical (Mexic şi U. S. A.).

6. Oxigenoterapia şi întrebuinţarea ei practică la trupele din serviciul activ (Belgia şi U. S. A.).

Se vor vizita şi câteva importante instituţii medicale militare: Spitalul militar Walter Reed cu şcolile medicale dentare şi veterinare medicale anexate; laboratoarele medicale ale armatei, muzeul şi biblioteca medicală ale armatei, Academia navală din Annapolis, serviciul sănătăţii al Statelor-Unite, etc.

---

[1]) *Rapoartele şi comunicările prezentate la congres sunt publicate în Nr. 6 al Buletinului Societăţii de Psihologie Medicală Sibiu.*

In timpul congresului vor fi organizate expoziţii ştiinţifice şi tehnice în legătură cu serviciul medical al armatei şi marinei şi al sănătăţii publice; cele mai însemnate case de aparate chirurgicale, etc. vor expune cu acest prilej produsele lor.

In fine în program sunt prevăzute şi vizitarea oraşului şi împrejurimilor, excursii, concerte, banchete, reuniuni dansante, etc.

Informaţiuni se pot obţine dela Col. Harold W. Jones, secretarul general al Congresului Army medical library, Washington, U. S. A.

***Extras din Regulamentul Legii pentru combaterea abuzului cu stupefiante.** (Monitorul Oficial No. 289/1929).*

c) *In categoria stupefiantelor intră:*

1. Opiul brut şi oficinal.

Extractum opii cu 20% morfină.

Opium concentratum cu circa 50% morfină (cunoscut în comerţ sub numele de pantopon, papaverum, domopon, etc.) şi care extract total preparat într'un mod special conţine toţi alcaloizii opiului sub formă de chlorhidraţii solubili (cu circa 50% morfină şi proporţia corespunzătoare din ceilalţi alcaloizi).

Morfina şi toate sărurile sale.

Diacethylmorphină (Heroina) şi sărurile sale.

Dihydrocodeinon (Dicodid) şi sărurile sale.

Dihydrooxycodeinon (Eukodal) şi sărurile sale.

Narpophin (Morphin-Narcotin-Meconat).

Peronin (Benzoil-morfin) şi sărurile sale.

Epiosina (Vahlem) rezultată din condensarea fenantrenului cu un grup imidazol Monometilat, care ca şi morfina calmează durerea şi provoacă narcoza (ceva mai slab).

Codeina şi sărurile sale.

Dionina şi sărurile sale.

Aceşti doi alcaloizi sunt mai puţin periculoşi şi se supun la regimul prevăzut de art. 10.

2. Cocaina şi sărurile sale.

Ecgonina şi toţi derivaţii din care s'ar putea regenera acestea.

Eucaina B. (Trimetilbenzoyloxy — piperidin).

3. Haşişul şi preparatele sale.

Toate preparatele cu numiri diferite dar care conţin aceiaşi principii activi ca şi haşişul.

4. La substanţele sau produsele indicate în cele trei grupe mai sus expuse se mai adaogă toate preparatele farmaceutice oficinale şi magistrale ca şi toate preparatele speciale (specialităţi), care conţin substanţe stupe-

fiante, precum şi toate drogurile, extractele, preparatele şi produsele sintetice, actualmente cunoscute sau cele care se vor descoperi în viitor, care au efecte şi urmări asemănătoare cu ale produselor mai sus indicate.

Asemenea produse vor fi înscrise în tabloul stupefiantelor şi supuse la aceleaşi restricţiuni, exceptând produsele indicate la articolul 2, când nu întrec doza maximală corespunzătoare.

5. Eterul sulfuric este supus condiţiunilor şi restricţiunilor prevăzute în art. 9 din acest regulament.

Art. 2. — *Se interzice comerţul cu preparatele, produsele sau specialităţile destinate pentru uzul intern, când acestea conţin amestecată o cantitate mai mare decât cea indicată în dreptul fiecărui produs înscris în tabloul menţionat mai jos.*

Preparatele sau specialităţile care conţin vreo substanţă din cele aici mai jos indicate şi în doze corespunzătoare, urmează să fie dintre cele care intră în grupa formelor farmaceutice pentru uz intern şi care se iau în doze repetate la intervale regulate în timp de 24 ore minimum.

Morfină muriatică	*0 gr. 03*
Heroină muriatică	*0 gr. 005*
Dicodid	*0 gr. 03*
Eukodal	*0 gr. 03*
Narcophin	*0 gr. 03*
Peronin	*0 gr. 02*
Opiu off. pulv	*0 gr. 15*
Extract opii	*0 gr. 075*
Opium concentratum	*0 gr. 03*
Cocainã muriaticã	*0 gr. 05*
Holocainã	*0 gr. 01*
Akoinã	*0 gr. 003*
Pulvis ipecacuanhae opiatus (doveri) .	*1 gr. 50*
T-ra opii crocate	*1 gr. 50*
T-ra opii simplex	*1 gr. 50*
Syr opii	*30 gr.*
Syr Diacodii	*120 gr.*
T-ra anticholerinã Davilla	*10 gr.*
Aether ordinar	*10 gr.*

sau preparatele cu eter în cantitate corespunzătoare.

Substanţele de mai sus în dozele menţionate sunt interzise în comerţ fără autorizaţia de care trebuesc însoţite stupefiantele, chiar dacă sunt prezentate sub formă de soluţiuni injectabile.

Art. 3. — *Produsele stupefiante enumerate la aliniatele: 1, 2, 3 şi 4 ale art. 1, lit. t, nu pot fi expediate, livrate sau vândute (publicului în*

natură, ca atare), sau sub formă de soluțiuni injectabile subcutanat sau intramuscular, decât în farmaciile publice, iar în fiecare farmacie publică numai farmacistul dirigint sau farmacistul asistent este împuternicit să livreze sau să prepare medicamentele cari conțin substanțe stupefiante.

Livrarea stupefiantelor (vinderea, exploatarea, etc.), se face pe baza ordonanțelor medicale.

Mostrele echantillons (zise „Mostre pentru medici", nu pot fi trimise sau eliberate de laboratoare, farmaciștii sau alți deținători autorizați, decât în schimbul unei adeverințe.

Asemenea adeverințe se păstrează de expeditorii mostrelor medicale și servesc ca acte justificative.

Art. 4. — *Se interzice executarea ca și repetarea rețetelor (ordonanțelor medicale), pentru medicamentele ce conțin produse stupefiante, dacă rețetele sunt emise de medici pe care farmacistul nu-i cunoaște și nu le cunoaște iscălitura.*

Farmaciile publice sunt autorizate să libereze, fără ordonanță medicală în cazuri urgente, următoarele medicamente: T-ra opii simplex, t-ra opii cro cate, Pulvis Doveri, cantităție de medicamente eliberate în aceste condițiuni nu trebue să conțină mai mult ca 0 gr. 15 opii oficial și trebue să fie înscrise: ca și numele pacientului în registrul de copierea ordonanțelor medicale.

Art. 5. — *Prescripțiunile medicale cu produse considerate stupefiante vor conține dozele și cantitățile scrise în mod obligatoriu cu cifre și litere. Asemenea ordonanțe nu se repetă ci se execută numai odată și rămân la farmacie ca act justificativ.*

Art. 6. — *Medicii, veterinari și dentiști chirurgi, pentru trebuințele practicei lor profesionale, își pot procura preparatele sau substanțele stupefiante dela farmaciile publice, pe baza unei adeverințe, arătând cantitatea exactă în cifre și litere.*

Pentru fiecare preparat sau substanță se dă o adeverință scrisă cu mâna în mod integral, scriindu-se după iscălitură numele și adresa completă.

Nu se pot scrie pe aceeași adeverință mai multe preparate sau substanțe stupefiante.

Aceste adeverințe vor fi reținute la farmacie spre a servi ca acte justificative și la eventuale cercetări.

Medicii, dentiștii și veterinarii autorizați de forurile competente să aibe o farmacie de casă, trebue să-și procure potrivit prevederilor art. 2, 6, 7 și 9, stupefiantele de care au trebuință în farmacia lor, dintr'o farmacie publică.

Medicilor, veterinarilor și dentiștilor nu le este permis ca să distribue publicului medicamente stupefiante, exceptând dozele administrative în timpul consultațiunii.

Liberii profesionişti, mai sus menţionaţi şi deţinători de farmacii de casă, sunt obligaţi să ţină un registru sigilat şi parafat de serviciul sanitar local, în care să se înscrie numele clienţilor cărora li se administrează, sub orice formă, în doze repetate, cantităţi de stupefiante, cari la un loc, reprezintă cantitatea care depăşeşte doza maximală.

Art. 9. — *Etherul ordinar ($C_2H_5 — C — C_2H_5$) întrebuinţat pentru scopuri multiple în farmacie, laboratorii şi în medicină este sapus la aceleaşi restricţiuni ca şi produsele stupefiante în scopul de a împiedica întrebuinţarea acestui produs ca stupefiant.*

a) *Este interzis comerţul liber cu eterul ordinar, acesta neputând fi cumpărat dela fabricele de ether decât de farmaciştii care dirijează o farmacie, directorii sau proprietarii de laboratorii de produse chimice sau farmaceutice, laboratoriile de pe lângă facultăţile de ştiinţe medicină şi farmacie, laboratoriile publice şi de către curăţătoriile chimice ori fabricile sau industriile care fac uz tehnic de acest produs.*

Etherul pentru uz industrial se denaturează cu substanţe compatibile cu scopul pentru care se procură pentru fiecare caz de către industriaşul solicitator;

b) *Medicii, chirurgii, dentiştii şi veterinarii nu pot să-şi procure etherul decât dela farmaciile publice, ori dela farmaciile instituţiunilor la care funcţionează;*

c) *Publicul nu poate procura etherul ordinar decât dela farmaciile publice şi numai pe baza unei ordonanţe medicale speciale, pe care trebue să fie trecută numai etherul pur, sau medicamentul, sau preparaţia căruia se întrebuinţează etherul.*

Asemenea ordonanţe rămân la farmacie ca act justificativ.

Art. 10. — *Codeina şi Dionina ca şi preparatele medicamentoase ce le conţin, fac excepţie dela legea stupefiantelor şi sunt supuse restricţiunilor prevăzute în legea sanitară pentru substanţele toxice în general.*

***Tablou** despre activitatea societăţii de Psihologie medicală din Sibiu, de sub preşedinţia D-lui Insp. Gen. Sanitar Dr. Gh. Preda, a ţinut în ultimul timp următoarele şedinţe:*

22 Octomvrie 1938. 1. *Dr. Gh. Preda:* „Sindromul lui Little".
2. „Sindromul adiposo-genital a lui Babinsky" (recensii).
3. „Testele de cunoştinţe" *de I. M. Nestor. Jurnal de Psihotehnică.*

25 Octomvrie 1938. E. Mateş: „Adaptarea Socială" *de Prof. Ştefănescu-Goangă, Al. Roşca şi S. Cupcea* (recensie).

29 Octomvrie 1938. 1. „Remisiuni spontane şi remisiuni terapeutice" (recensie).
2. „Observaţiuni asupra tratamentului cu cardiazol în câteva cazuri de schizofrenie" (recensie).

2 Noemvrie 1938. 1. *Dr. T. Stoenescu:* „Contribuţiuni la studiile biotipologice în schizofrenie" (recensie).
2. *E. Mateş:* „Adaptarea Socială" (continuare).

5 Noemvrie 1938. 1. *Dr. M. Sumea:* „Aspectul social al crimei în America" (recensie). *Revista de Psihologie.*
2. *Dr. T. Stoenescu:* „Corelaţia între patologia umană şi meteorologie" (recensie). *„L'Higiene Mentale".*

14 Noemvrie 1938. *Dr. Gh. Preda:* (Recensia revistei „Annales Médico-Psychologiques). Iulie 1938.

26 Noemvrie 1938. 1. *Dr. L. Ionaşiu:* „Tratamentul cu ipofiza lobului posterior".
2. „Puterea de reproducere la bolnavii mintali".
3. Tratamentul hipertensiunii prin foame" (recensii). Fortschritte der Therapie.
4. *E. Mateş:* „Asistenţa psihiatrică în Ţările Scandinave" (recenzie).

3 Decemvrie 1938. 1. *Dr. L. Ionaşiu:* „Terapia cu tiroidă" (recensie).
2. *Dr. M. Sumea:* „Intoxicaţiile cu barbiturice" (recensie). „România Medicală" 15 Oct. 1938.
3. *Dr. I. Moza:* „Problema medicală şi socială a pelagrei" (recensie). „România Medicală" 15 Noemvrie 1938.

10 Decemvrie 1938. *Dr. Gh. Preda:* Recensia revistei „Annales Médico-Psychologiques" 1938.

17 Decemvrie 1938. 1. *Dr. T. Stoenescu:* „Essai sur le role de la syphilis dans le determinisme de la demence précoce".
2. Cum tratăm epilepsia" de *Dr. Grigorescu, Dr. Axente* şi *Vivi Constantinescu* (recensie).

Noui medici sanitari de circumscripţie.

Ministerul sănătăţii comunică următorul tablou de candidaţii reuşiţi la examenul pentru medici sanitari de circumscripţii rurale şi urbane, în ordinea clasificării, din sesiunea Mai—Noemvrie 1938 şi cari s'au prezentat la Ministerul sănătăţii pentru alegerea locurilor, în ziua de Luni, 19 Decemvrie 1938, la ora 8 dimineaţa:

Dobrică Florică, Penescu Tiberiu, Georgescu Constanța, Cseke Petru, Coroi Maria Margareta, Luntrariu Marinescu Maria, Balica Ștefan, Milcovici Ioan, Marghescu Emilia, Mihăilescu C. Gheorghe, Constantinescu Dorina și Oncescu I. Aurel, Fotin Ștefan Armand, Ionescu Alexandru, Damian Ecaterina, Trifan Ioan, Constantinescu Maria, Ionescu Dumitru, Lepioșchi A., Magda Ovidiu, Astratinei V. Nicolae, Ionescu Vasile, Popescu C. Aureliu, Mircea Stela, Barbu Bazil, Gherasim Ecaterina, Rușcă Oprea, Lungu Mircea, Dobrescu A. Gheorghe, Mihaliuc Neamțu Ecaterina, Negrea Octavian, Novac I. Athanasie, Dănet Andrei, Negrețu Florea, Selim Abdurahman, Mora Zoltan, Bușta Costovici Ana, Gheorghiță Ioan, Nimereanu Eugenia, Cucoș Eugen, Ionescu Niculescu Florentina, Pascu Octavian, Bărdan Eleonora, Hudiță Ștefan, Szekeli Gavril, Georgescu I. Constantin, Florian Șerban, Costăchel Gheorghe, Dumitrache Cristea, Badiu Tiberiu, Grigorescu C. Titus, Dumitriu Paul, Stratulativ Noreta, Grigorescu Radu, Roban Iuliu, Bulat Tamara, Hogea Constantin, Gherman Nicolae și Pascal Gh. Emil, Mazaniti V. Spiridon, Stoica Virgil, Denisovschi Alex., Dragoste Ciută Emilia, Silberbusch Paul, Altman Nicolae, Segal Marta, Dodul Nina, Bucur Iacob, Popa Tit. Liviu, Cotuțiu Iulian, Dinculescu Traian, Lupu Petrache, Albu Emil, Frățeanu Eusebiu, Sichet Traian, Megaz Zefira, Știrbu Aurel, Panaitescu Gheorghe, Zoltan Bako, Dima Constantin, Pănescu Ioan, Vulcan D. Maria, Roti G., Munteanu I. Dan, Popescu D. Marin, Ciuntu Dumitru, Nimereanu Ioan Radu, Arutnian N., Constantinescu Voichița, Lazarian A., Vulcu Petru, Gavriliu Elena, Nagy Ștefan, Cazucov Marcev Elena, Pivniceru Alexandru, Țigănuș Nicolae, Alexandrescu Ioan, Stoenescu Victor, Irimia Victoria Cornelia Olga, Cocora Halmagi Ștefan Mocofănescu Traian, Galibiu Constantin și Bălan T. Ioan, Ionescu Maria, Gaița Ioan, Balint Virgil, Sloninov Mihail, Hendeia Elena, Manolescu Nicolae, Bohosievici Petru Tadeuș, Băltoiu Traian, Posticescu Vasile, Tempescu Paulina, Popovici Gheorghe, Szabliar Victor, Niculescu S. Ilie, Moscovici Vianu Leia, Vass Albert, Danes Constantin, Ștefănescu M. Nicolae, Minciu Natalia, Atanasiu G., Sorescu Gh.

Mișcare în corpul medical. *Prin decretul regal Nr. 4271 din 13 Decemvrie 1938, se face următoarea mișcare în corpul medical, în serviciile dependinte de Ministerul Sănătății și Asistenței Sociale, în conformitate cu dispozițiunile legii sanitare și de ocrotire, cum și în baza avizului dat de Comisia administrativă, ce funcționează pe lângă acest departament, prin procesele verbale Nr. 11 și 20 din ședințele dela 17 Iunie și 12 Decemvrie 1938, și anume:*

Dl Dr. Cantemir P. Anghelescu se numește definitiv, în conformitate cu art. 540 din legea sanitară și de ocrotire și în baza datelor din cazierul

respectiv, în postul de director cl. I, conducător al Direcţiei igienii sociale, creată prin legea pentru scindarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial cu Nr. 185, partea I, din 12 August 1938.

Dl Dr. Constantin Gheorghiu se numeşte definitiv, în conformitate cu art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi în baza datelor din cazierul respectiv, în postul de director cl. I, conducător al Oficiului de studii şi documentare, creată prin legea pentru scindarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial Nr. 185, partea I, din 12 August 1938.

Dl Dr. Andreescu N., actual medic primar definitiv al secţiei de chirurgie dela Spitalul Vaslui, se numeşte definitiv, în conformitate cu art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi în baza datelor din cazierul respectiv, în postul de director cl. I, conducător al Direcţiei medicinii curative, creată prin legea pentru scindarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial Nr. 185, partea I, din 12 August 1938.

Dl Dr. Diaconescu N., se numeşte definitiv, în conformitate cu art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi în baza datelor din cazierul respectiv, în postul de director cl. I, conducător al Direcţiei materialului sanitar, creată prin legea pentru scindarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial Nr. 185, partea I, din 12 August 1938.

Dl Dr. Hoisescu Gh., actual medic-şef al oraşului Brăila, se numeşte definitiv, în conformitate cu art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi în baza datelor din cazierul respectiv, în postul de sub-director cl. I la Direcţia igienii sociale, creată prin legea pentru scindarea Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial Nr. 185, partea I, din 12 August 1938.

D-nii: Dr. Răsmeriţă Eugen, sub-director cl. I, definitiv, la Inspectoratul general sanitar al Ţinutului Bucegi şi Dr. Virgil Mihăilescu, medic subşef, definitiv la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă, în interesul serviciului, unul în locul celuilalt.

Dl Dr. Mateescu Emil, şef de serviciu cl. I, definitiv, la Direcţia igienii sociale, se transferă, în aceeaşi calitate şi în interesul serviciului, în postul de medic venerian la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

Dl Dr. Mihălţeanu I, actual medic definitiv al Circ. Ciumbrud, jud. Alba, se numeşte, în baza art. 540 din legea sanitară şi de ocrotire şi în baza datelor din cazierul respectiv, în postul de şef de serviciu cl. I la Direcţia igienii sociale, în locul d-lui Dr. C. Gheorghiu, trecut în alt post.

Dl Dr. Banu Ion, actual medic definitiv de circ. urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se numeşte, în conformitate cu art. 540

din legea sanitară și de ocrotire și datelor din cazierul respectiv, în postul de șef de serviciu cl. I, la Direcția igienii sociale, în locul d-lui Dr. Mateescu Emil, trecut în alt post.

Dl Dr. Constantin Tunaru se numește definitiv în postul de medic-șef al Laboratorului de igienă Constanța, în baza art. 203 din legea sanitară și de ocrotire, ca având 10 ani în învățământul superior.

Dl Dr. Bahov Ioan, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv, în baza art. 203 din legea sanitară, în postul de medic bacteriolog la Serviciul sanitar dela gurile Dunării.

Dl Dr. Vintici Victor, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic-șef de consultațiuni genito-urinare la Dispensarul Nr. 8 din București, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

Dl Dr. Voiculescu Const., actual medic definitiv al Circ. I. C. Brătianu, jud. Brăila, se transferă, în aceeași calitate, ca medic de circ. urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Constanța.

Dl Dr. Dubovan Petre, actual medic definitiv al Circ. I. G. Duca (Vârciorova), jud. Mehedinți, se transferă, în aceeași calitate, ca medic de circ. urbană la orașul T.-Severin.

Dl Dr. Cândescu Ștefan, actual medic definitiv al Circ. I. G. Duca, jud. Constanța, se transferă în aceeași calitate, ca medic al orașului Târgoviște.

Dl Dr. Luscalu Gavril, actual medic de spital cu Circ. Chelmenți, jud. Hotin, se transferă, în aceeași calitate ca medic al Spitalului cu Circ. Cazacii-Vechi, jud. Cetatea-Albă.

Dl Dr. Stănescu Mihail, actual medic definitiv al Spitalului cu Circ. Bâra, jud. Roman, se transferă, în aceeași calitate ca medic al Spitalului Plăinești din jud. R.-Sărat.

Dl Dr. Iva Pavel, actual medic definitiv al Circ. Vârfurile, jud. Arad, se transferă în aceeași calitate la Circ. Sebiș, jud. Arad.

D-ra Dr. Preuțescu Gabriela, actual medic stagiar la Circ. Popești, jud. Iași, se transferă în aceeași calitate la Circ. Vlădeni, jud. Iași.

D-na Dr. Potlogeanu Victoria, actual medic definitiv al Circ. Aiorman, jud. Caliacra, se transferă în aceeași calitate la Circ. Brâncoveni, jud. Ilfov.

D-ra Dr. Herman Ida, actual medic stagiar al Circ. Murgași, jud. Dolj, se transferă în aceeași calitate la Circ. Aninoasa, jud. Muscel.

Dl Dr. Hârjeu Clement, actual medic stagiar al Circ. Glăvile, jud. Vâlcea, se transferă în aceeași calitate la Circ. Dragoslavele, jud. Muscel.

Dl Dr. Pop Liciniu, actual medic stagiar al Circ. Sărmași, jud. Mureș, se transferă în aceeași calitate la Circ. Sângeorgiul-de-Pădure, jud. Odorhei.

Dl Dr. Axente Mihail, actual medic definitiv al Circ. Vintileanca, jud. Buzău, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Valea Călugărească, jud. Prahova.

Dl Dr. Frăţilă Ioan, actual medic definitiv al Circ. Buia, jud. Târnava Mare, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Caransebeş Jur, jud. Severin.

D-na Dr. Belţer Ghenea, actual medic definitiv al Circ. Ghizdita, jud. Soroca, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Stoicani, jud. Soroca.

Dl Dr. Brate Vasile, actual medic definitiv al Circ. Ceanul Mare, jud. Turda, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Agnita, jud. Tr.-Mare.

Dl Dr. Constantinescu Lucreţiu, actual medic definitiv al Circ. Dorobanţu, jud. Teleorman, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Piatra, acelaşi judeţ.

Dl Dr. Geiculescu N., actual medic definitiv al Circ. Oltina, jud. Constanţa, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Jurilofca, jud. Tulcea.

Dl Dr. Coifman David, actual medic definitiv al Circ. Ciuciulea, jud. Bălţi, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Abrămeşti, jud. Tutova.

Dl Dr. Pârlog Gheorghe, actual medic definitiv al Circ. Popeşti, jud. Vâlcea, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Băbeni-Bistriţa, acelaşi jud.

Dl Dr. Pop Cornel, actual medic definitiv al Circ. Pietroasa, jud. Bihor, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Santău, jud. Sălaj.

D-na Dr. Spoleanschi Şoşov Maria, actual medic definitiv al Circ. Bazaurt, jud. Caliacra, se transferă în aceeaşi calitate la Circ. Căinari, jud. Tighina.

Dl Dr. Naftulie S., medic definitiv al spitalului cu Circ. Valea-Rea, jud. Bacău, se transferă disciplinar la Circ. Bazaurt, jud. Caliacra.

Dl Dr. Lazarev Zelman, medic definitiv al Circ. Oneşti, jud. Bacău, se transferă disciplinar la Circ. Hodărăuţi, jud. Hotin.

D-na Dr. Maria Mironescu, medic definitiv al Circ. Oarja, jud. Argeş, se transferă disciplinar la Satul-Nou, jud. Ismail.

Dl Dr. Harnic David, actual medic definitiv al spit. cu Circ. Ortacheoi, jud. Tulcea, se lasă în disponibilitate pentru dezinteresare completă în serviciu şi rea voinţă în luarea măsurilor de combatere a epidemiei de scarlatină.

Medicii stagiari mai jos menţionaţi, împlinind stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează :

Dl Dr. Mihaliuc Ioan, la Circ. Jadova, jud. Storojineţ.

Dl Dr. Bălănescu Gh., la Circ. Drăguşeni, jud. Dorohoi.

Dl Dr. Cvasniţchi Ion, la Circ. Jurcăuşi, jud. Cernăuţi.

Dl Dr. Schächter Simche, la Circ. Putila, jud. Rădăuţi.

Dl Dr. Zaharia Zub, la Circ. Brodina, jud. Rădăuți.
Dl Dr. Gliga Aurelian, la Circ. Arbore, jud. Suceava.
Dl Dr. Rusu Nichita, la Circ. Șarul Dornei, jud. Câmpulung.
Dl Dr. Cahane Leizer, la Circ. Dărmănești, Suceava.
Dl Dr. Jema Gh., la Circ. Măzănești, jud. Suceava.
Dl Dr. Dumitrescu Constantin, la Circ. Volca, jud. Cernăuți.
Dl Dr. Meci Leopold, la Circ. Carapciu Ceremuș, jud. Storojineț.
Dl Dr. Palaghiță Ștefan, la Circ. Ibănești, jud. Dorohoi.
Dl Dr. Ivașcu Bogdan, la Circ. Vrânceni, jud. Cernăuți.
Dl Dr. Cupcenco Silvestru, la Circ. Marginea, jud. Rădăuți.
Dl Dr. Zimet Iacob, la Circ. Gura Putilei, jud. Rădăuți.
D-na Dr. Ludmila Mârțu, la Circ. Miroslăvești, jud. Baia.
Dl Dr. Georgescu Nicolae, la Circ. Ziduri, jud. Râmnicul Sărat.
Dl Dr. Trâncioveanu I., la Circ. Băleni, jud. Dâmbovița.
D-na Elena Constantinescu se confirmă definitivă, farmacistă la Casa de Asigurare din Pitești.

Medicii mai jos menționați se pun în retragere din oficiu, pentru a-și aranja drepturile la pensie pentru caz de boală, după cum urmează:
D-na Dr. Rozalia Smărăndescu Hoară, medicul Circ. Tâmna, jud. Mehedinți.
Dl Dr. Weissman Meer, medicul orașului Siret, jud. Rădăuți.
D-na Dr. Zilberman Ana, medicul Circ. Durlești, jud. Lăpușna.

Posturi vacante în serviciile ministerului sănătății. *Ministerul sănătății a publicat vacante următoarele posturi în serviciile sale:*
Medic primar al jud. Lăpușna;
Medic al Circ. 25 urbană la municipiul București;
Medic-șef al municipiului Brăila;
Medic de Circ. urbană Tighina;
Medic al orașului Caransebeș;
Medic al orașului Siret;
Medic primar pediatru la spitalul „Grecescu", Turnu-Severin;
Medic primar al secției de maternitate și consultații prenatale la spitalul Sighișoara;
Medic primar al spitalului „Pulcheria Ghica", din Hârlău;
Medic-șef de laborator la spitalul de pelagroși Păncești-Dragomirești, jud. Roman;
Medic de laborator la spitalul „Schuller și Sfetescu" din Ploiești;
Medic primar al secției de chirurgie dela spitalul Vaslui;
Medic-șef al laboratorului de igienă „C. A. Papadopol" din Buzău;
Medic al spitalului Strehaia, județul Mehedinți;

Medic al spitalului cu Circ. Răşcani, jud. Bălţi;
Medic al spitalului cu Circ. Valea Rea, jud. Bacău;
Medic al spitalului cu Circ. Bechet, jud. Dolj;
Medic al spitalului cu Circ. Chelmenţi, jud. Hotin;
Medic al spitalului cu Circ. Sculeni, jud. Iaşi;
Medic al spitalului cu Circ. Ortachioi, jud. Tulcea;
Medic al spitalului cu Circ. Obedeni, jud. Vlaşca;
Medic al spitalului cu Circ. Baia de Criş, jud. Hunedoara.

Circumscripţi vacante. *Sunt de asemenea vacante următoarele locuri de:*

Medic al Circ. Ciumbrud, jud. Alba;
Medic al Circ. Şimandul de Jos, jud. Arad;
Medic al Circ. Vârfurile, jud Arad;
Medic al Circ. Oarja, jud. Argeş;
Medic al Circ. Oneşti, jud. Bacău;
Medic al Circ. Ruginoasa, jud. Baia;
Medic al Circ. Ciuciulea, jud. Bălţi;
Medic al Circ. Pietroasa, jud. Bihor;
Medic al Circ. Vintileanca, jud Buzău;
Medic al Circ. I. C. Brătianu, jud. Brăila,
Medic al Circ. Voloca, jud. Cernăuţi;
Medic al Circ. Paris, Cetatea Albă;
Medic al Circ. Căpuşul-Mare, jud. Cluj;
Medic al Circ. I. G. Duca, jud. Constanţa;
Medic al Circ. Oltina, jud. Constanţa;
Medic al Circ. Murgaş, jud Dolj;
Medic al Circ. Simeria, jud. Hunedoara;
Medic al Circ. Popeşti, jud. Iaşi;
Medic al Circ. Durleşti, jud. Lăpuşna;
Medic al Circ. I. G. Duca, jud. Mehedinţi;
Medic al Circ. Tâmna, jud. Mehedinţi;
Medic al Circ. Sărmaş, jud. Mureş;
Medic al Circ. Spineni, jud. Olt;
Medic al Circ. Valea Mare, jud. Olt;
Medic al Circ. Şoimari, jud. Prahova;
Medic al Circ. Brodina, jud. Rădăuţi;
Medic al Circ. Halmeu, jud. Satu-mare;
Medic al circ. Cornereva, jud. Severin;
Medic al Circ. Ghizdita, jud. Soroca;
Medic al Circ. Buia, jud. Târnava-Mare;

Medic al Circ. Dorobanțu, jud. Teleorman;
Medic al Circ. Ceanul Mare, jud. Turda;
Medic al Circ. Avram Iancu, jud. Turda;
Medic al Circ. Lupșa, jud Turda;
Medic al Circ. Grivița, jud. Tutova;
Medic al Circ. Glăvile, jud. Vâlcea;
Medic al Circ. Popești, jud. Vâlcea;

D-nii medici, cari întrunesc condițiile legale și doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri ministerului sănătății și asistenței sociale în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicații în „Monitorul Oficial", care s'a făcut în ziua de 2 Ianuarie.

Casa Centrală a Asigurărilor Sociale comunică următoarele posturi vacante:

Un post vacant de medic pentru interne și oculist la Ambulatorul Oficiului asigurărilor sociale Turda cu 3500 Lei brutto lunar;

Un post de medic consultant la Casa asigurărilor Sociale Sibiu în circ. rurală Cisnădie, cu 4200 Lei brutto lunar.

Tipografia — Librăria — Compactoria
„Dacia Traiană", Sibiu
Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate. caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

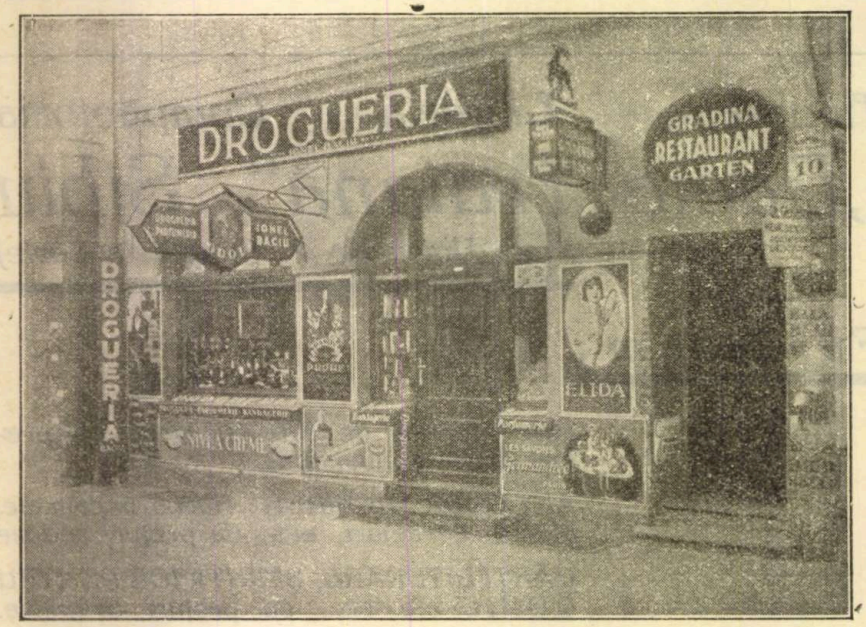
COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".



DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Tabla de materii pe anul 1938.

Articole ştiinţifice:

Dr. M. Alexandrow şi Dr. C. Crişan: Corpi fibrinoşi intrapleurali în cursul tratamentului cu pneumotorace — — — — — — — — Nr. 9—12 Pag. 291

Dr. Zeno Şt. Borza: Chiste perforate ale ovarelor simulând tabloul clinic al apendicitei acute — — — — — — — — — — — — — „ 6—8 „ 193

Dr. Const. Banu: Consideraţiuni asupra ileusului paralitic post-operator şi tratamentul lui — — — — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 310

Dr. Mareş Cahane şi Dr. T. Cahane. Există un centru regulator medular al funcţiei renale? — — — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 296

Doc. Dr. O. Filipescu: Consideraţiuni asupra peritonitei biloase fără perforaţia vezicei — — — — — — — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 101

Dr. Mihail Gherasim şi Dr. Alexandrina Gherasim: Waccinoterapia antiantigonococică intravenoasă în artritele gonococice — — „ 4—5 „ 119

Dr. Grădină Const.: Guşa în circ. sanitară Sita-Buzău — — — — „ 4-5 „ 139

Dr. Grădină Const.: Constatări medicale şi psihologice la elevii şcoalelor primare din plasa Buzăul-Ardelean — — — — — — — — „ 9—12 „ 318

Dr. L. Georgia: Fetiditatea haleinei — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 302

Dr. Axente Iancu: Profilaxia şi tratamentul rachitismului — — — — „ 6—8 „ 215

Dr. Cornel Manta şi Dr. Liviu Stupariu: Tumoră chistică pulmonară congenitală, comunicând cu arborele tracheo-bronşic — — — „ 4—5 „ 115

Dr. Pompiliu Nistor: Waccinările cu anatoximă mixtă, difterică şi scarlatinoasă, în comunele rurale ale judeţului Braşov în 1937 — „ 1—3 „ 21

Dr. Pompiliu Nistor: Waccinarea cu B. C. G. în comunele rurale ale judeţului Braşov, în anul 1937 — — — — — — — — — — — „ 6—8 „ 223

Dr. Gh. Preda şi Dr. Sumea: Contribuţiuni la studiul disimulării — „ 1—3 „ 4

Dr. Gh. Preda: Afronia — — — — — — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 281

Dr. I. Prodescu: Terenul în infecţiunea tuberculoasă — — — — — „ 6—8 „ 235

Dr. D. Roşca şi Dr. Teleman: Consideraţiuni asupra unui caz de lepră „ 1—3 „ 24

Dr. H. Sarafidi: Enesol-ul şi femeile sifilitice însărcinate — — — — „ 1—3 „ 41

Dr. Virgil Stanciu: Factorii principali cari contribue la rezultatul unui pneumotorace terapeutic — — — — — — — — — — — — „ 1—3 „ 29

Dr. Virgil Stanciu şi Intern Guga Tiberiu: Sedimentarea globulară la tuberculoza pulmonară în decursul şi după tratamentul cu benzoat de sodiu intravenos — — — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 133

Dr. Virgil Stanciu: Câteva cercetări în legătură cu tratamentul prin injecţii cu glucoză a pleureziilor survenite în decursul pneumotoracelui terapeutic — — — — — — — — — — — — — — „ 6—8 „ 232

Dr. Virgil Stanciu: Câteva consideraţiuni asupra diverticolului duodenal în legătură cu două cazuri observate — — — — — — „ 9—12 „ 321

Dr. Liviu Stupariu: Oleotoraxul în tratamentul pleureziilor pumlente tuberculoase — — — — — — — — — — — — — — — — — Nr. 6—8 Pag. 226
Dr. M. Sumea: Un caz de paralizie peudo-bulbară cu diflegie şi tulburări în domeniul trigemenului — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 126
Dr. M. Sumea: Cariile dentare la bolnavii mintali — — — — — — „ 4—5 „ 145
Dr. M. Teleman: Modificările lichidului cephalo-rachidian în diferite stări patologice ale meningelor — — — — — — — — — — „ 1—3 „ 33
Dr. Dan Teodorescu şi Dr. Alexandru Cristian: Infecţiile de origine luco-dentare şi influenţa lor asupra organismului — — — — „ 6—8 „ 193
Dr. Gh. Teodoru şi Dr. Liviu Stupariu: Un caz de angină ulceroasă tifică atipică — — — — — — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 300
Dr. Liviu Ursu: Corelaţia endocrino-hypofizară — — — — — — — „ 4—5 „ 104

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. Liviu Câmpean: Noui orientări în organizarea spitalelor — — — „ 1—3 Pag. 52
Dr. Ioan Cosma: Propaganda sanitară — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 159
Dr. Ioan Cosma: Sănătatea, biserica şi şcoala — — — — — — — — „ 6—8 „ 243
Dr. Miron Creţu: Importanţa fondurilor locale sanitare şi de ocrotire „ 1—3 „ 59
Dr. I. Stoichiţia: Migraţiunea medicilor funcţionari — — — — — — „ 1—3 „ 48
Dr. I. Stoichiţia: Spre o nouă organizare a Inspectoratelor sanitare „ 4—5 „ 153
Dr. I. Stoichiţia: Campania sanitară în judeţele Inspectoratului Sibiu „ 6—8 „ 237
Dr. I. Stoichiţia: Campania sanitară în ţinutul Mureş — — — — — „ 9—12 „ 324
Dr. T. Schultz: Câteva observaţiuni în legătură cu campania antivenerică — — — — — — — — — — — — — — — — — — — „ 9—12 „ 337
Dr. Nicolae Tompa: Ancheta sanitară din comuna Teliu — — — — „ 1—3 „ 61

Revista cărţilor:

Revista română de urologie şi raport şi informaţiuni despre al VI-lea Congres Român de Urologie — — — — — — — — — — — „ 1—3 Pag. 73
Dr. I. Prodescu: Paludism, complicaţii organice, tratament — — — „ 1—3 „ 74
Paul de Kruif: „Vânătorii de microbi" — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 163
Anul jubilar „Bayer" 1938 — — — — — — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 168
Gaston Daniel et Albert Daniel: Arts et techniques de la Santè — „ 6—8 „ 247
Fritz Schnek: Die Technik des ungepolsterten Gipsverbandes — — „ 6—8 „ 247
Din reviste medicale: de medic maior Dr. Ursu L. — — — — — — „ 6—8 „ 248
Walther Ripperger: Grundlagen zur practischen Pflanzenheilkunde — „ 9—12 „ 347
M. Popescu Buzeu: Cura hidrominerală în afecţiunile aparatului urinar „ 9—12 „ 347

Note de terapeutică

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu. Comunicări, dispoziţiuni şi diferite ordine dela Minister sau Comitetul executiv al Colegiilor medicale.
† Prof Dr. G. Marinescu : — — — — — — — — — — — — — — „ 4—5 „ 176

Note şi informaţiuni.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1 pagină odată	Lei 1000·—	3 ori Lei 2600·—	6 ori Lei 4500·—
1/2 „ „ „	600·—	3 „ „ 1500·—	6 „ „ 2600·—
1/4 „ „ „	400·—	3 „ „ 1000·—	6 „ „ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1938.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

OCTINUM

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.